



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Martina Hájková

**Nefarmakologické intervence používané sestrami k léčbě a ovlivňování bolesti pacientů
hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče**

Nonpharmacological interventions used by nurses in therapy and management of
patients' pain hospitalized in intensive care units

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 4. 12. 2019

Bc. Martina Hájková

Podpis.....

Identifikační záznam

HÁJKOVÁ, Martina. Nefarmakologické intervence používané sestrami k léčbě a ovlivňování bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče. [Nonpharmacological interventions used by nurses in therapy and management of patients' pain hospitalized in intensive care units]. Praha, 2019. 97 s., 6 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

ABSTRAKT

I přes veškeré vymoženosti moderní medicíny se pacienti na jednotkách intenzivní péče/ ARO stále setkávají s bolestí, která není dostatečně tlumena. Cílem diplomové práce bylo analyzovat management bolesti a roli sestry v léčbě bolesti pomocí nefarmakologických intervencí u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče, popř. ARO.

V teoretické části práce je shrnuta problematika bolesti, jak z pohledu patofyziologického, tak i psychologického. Jelikož je bolest sama o sobě velice obširným tématem, zaměřila jsem se v této práci na management bolesti akutní (popř. pooperační). Stěžejní kapitola teoretické části rozebírá problematiku bolesti u pacientů na JIP/ ARO. Pro předkládaný kvalitativní výzkum byla zvolena metoda sběru dat pomocí individuálních nestandardizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data z jednotlivých rozhovorů sloužila k hloubkové analýze zkoumané problematiky, kdy byly jednotlivé části textu okódovány a následně seskupeny do jednotlivých nově vzniklých kategorií. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 informantů z řad zdravotních sester pracujících na různých typech JIP a ARO. Informantky byly před zahájením výzkumu řádně obeznámeny s jeho okolnostmi i etickými aspekty.

Kvalita a množství poskytovaných informací o nefarmakologické léčbě bolesti v kontextu IP/ ARO je dle informantek nedostatečná, ať už na úrovni středoškolského či pregraduálního vzdělávání, tak i následně ve spektru nabízených seminářů/ školení na toto téma. Přesto, že informantky mají celkem obširné znalosti o bolesti, ne vždy je umí v praxi správně a cíleně aplikovat (viz přetrvávající biomedicínský model, bagatelizace aj.). Současně přes existenci mnohých sofistikovaných škál, které jsou určeny pro hodnocení a monitoring bolesti u pacientů v kritickém stavu, nejsou na těchto odděleních využívány. V praxi musí před samotnou aplikací nefarmakologických intervencí zohlednit celou škálu překážek/ limitů, které jsou na straně pacientů, managementu/ vedení, ale i jich samotných. Nejčastěji využívanými NFI na těchto odděleních jsou polohování/ úlevová poloha, různé formy rozptýlení a aplikace chladu. Naopak nejefektivnější a dle sester nejpodstatnější jsou aspekty kladného vztahu sestra-pacient (emocionální podpora/podpurný rozhovor) a zajištění kvalitního spánku a odpočinku. Potěšujícím zjištěním je, že sestry mají o tyto techniky zájem a chtějí se o možnostech jejich využití u kriticky nemocných pacientů dozvědět víc.

Přetrvávání akutní bolesti může mít na člověka mnoho negativních dopadů. Filosofii moderního ošetřovatelství je holistický (celostní) přístup ke člověku. Právě nefarmakologické metody jsou často technikami, které přetechnizovanou péči v IP/ ARO zlidšťují, a je tedy nezbytné poskytnout sestrám o těchto technikách více informací, jež budou podloženy validními důkazy o jejich efektivitě a bezpečnosti.

klíčová slova: nefarmakologické intervence, pooperační (akutní) bolest, léčba bolesti, psychologická stránka bolesti, sestra či intenzivní péče

ABSTRACT

Patients in intensive care units (ICU) or Departments of Anesthesia and Resuscitation (DAR) still face the pain that is not sufficiently reduced despite all the achievements of modern medicine. The aim of the thesis was to analyze the management of pain and the role of nurses in the treatment of pain using non-pharmacological interventions in patients hospitalized to intensive care units, respectively DAR.

The theoretical part summarizes the issue of pain, both from the pathophysiological and psychological point of view. Because pain itself is a very broad subject, I focused on the management of acute pain (or postoperative pain) in this thesis. The main chapter of the theoretical part discusses the issue of pain in patients at ICU/ DAR. The method of data collection using individual non-standardized semi-structured interviews was chosen for the presented qualitative research. The obtained data from individual interviews served for a depth analysis of the researched issue when the individual parts of the text were coded and then grouped into individual newly created categories. The research sample consisted of eight informants from nurses working in different types of ICU and DAR. The informants were properly acquainted with circumstances and ethical aspects before starting the research.

According to the information, the quality and amount of information provided on non-pharmacological pain management in the context of ICU/ DAR is insufficient, both at secondary or undergraduate level and as well as in the range of seminars / training offered on this topic. Despite the fact that the informants have quite extensive knowledge of pain, they do not always know how to apply it correctly and in a targeted way (see persistent biomedical model, trivialization etc.). At the same time, despite the existence of many sophisticated scales, which are designed for monitoring and evaluation of pain in patients in critical condition, they are not used in these units. In practice, nurses must take into account the full range of barriers / limits that are on the side of patients, management /before applying non-pharmacological interventions, and also of themselves. The most commonly used NFIs in these departments are positioning / relief position, various forms of distraction and cold application. Conversely, aspects of a positive nurse-patient relationship (emotional support / supportive interview) and ensuring good sleep and rest are the most effective and the most important according to the nurses. It is a gratifying finding that nurses are interested in these techniques and want to learn more about how to use them in critically ill patients.

The persistence of acute pain can have many negative effects on humans. The philosophy of modern nursing is a holistic approach to man. The non-pharmacological methods are often the techniques that humanize over-technical care in IP / ARO and it is therefore necessary to provide more information to the nurses about these techniques, supported by valid evidence of their effectiveness and safety.

keywords: non-pharmacological interventions, postoperative (acute) pain, pain treatment, psychological pain, nurse or intensive care

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Mileně Vaňkové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, připomínky, trpělivost a vstřícnost při tvorbě mé práce. Velké díky patří také všem respondentkám, které se ochotně účastnily výzkumu.

Obsah

1. ÚVOD.....	9
2. SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY.....	10
2.1. Popis vyhledávací strategie a přehledové review	10
2.2. Bolest.....	14
2.2.1. Terminologie bolesti	15
2.3. Fyziologie bolesti – Nocicepce	15
2.3.1. Druhy nociceptorů (nocisenzorů)	16
2.3.2. Fáze nocicepce.....	17
2.4. Klasifikace bolesti.....	18
2.4.1. Dělení dle patofyziologie bolesti	18
2.4.2. Dělení dle příčiny vzniku	19
2.4.3. Dělení dle délky trvání	19
2.5. Akutní bolest	20
2.6. Vliv akutní bolesti na organismus	21
2.6.1. Patofyziologické důsledky akutní bolesti na organismus člověka	21
2.7. Faktory ovlivňující vnímání a prožívání bolesti	23
3. ROLE SESTRY V MANAGEMENTU BOLESTI U PACIENTŮ NA ODDĚLENÍ IP/ ARO	25
3.1. Diagnostika a hodnocení bolesti sestrou	25
3.1.1. Odběr anamnestických údajů	26
3.1.2. Fyzikální vyšetření.....	26
3.1.3. Hodnotící škály a metody hodnocení bolesti pacienta	27
3.2. Dokumentace bolesti sestrou	28
3.3. Léčba akutní bolesti	29
3.3.1. Farmakoterapie	29
3.3.2. Nefarmakologické metody léčby bolesti	30
3.3.3. Psychoterapeutické přístupy v léčbě bolesti	33
3.3.4. Podpůrná terapie a postupy ovlivňování bolesti v kompetenci sestry	35
3.3.5. Invazivní metody léčby bolesti	38
4. METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	39
4.1. Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky.....	39
4.2. Charakteristika výzkumné metody.....	40
4.2.1. Technika sběru dat	40
4.3. Organizace výzkumného šetření	41
4.3.1. Charakteristika souboru informantů	42

4.4.	Analýza získaných dat.....	43
5.	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	44
5.1.	Informační zdroje a kompetence sester pro aplikaci NFI (DVO 5).....	45
5.1.1.	KATEGORIE 1: Zdroje informací	45
5.1.2.	KATEGORIE 2: Kompetence sester aneb „abych dala obklad, nemusím mít vysokou školu“	47
5.2.	Konceptualizace základních pojmů a přístupů sester v managementu bolesti u pacientů v intenzivní péči (DVO 1)	48
5.2.1.	KATEGORIE 3: Orientace v základní terminologii	49
5.2.2.	KATEGORIE 4: Postoje a přístupy sester k bolesti a její léčbě.....	50
5.2.3.	KATEGORIE 5: Jak se ptát, zjišťovat, vyhodnocovat a zaznamenávat bolest	54
5.3.	Limitující a motivující faktory pro aplikaci nefarmakologických intervencí (DVO 4)	56
5.3.1.	KATEGORIE 6: Překážky pro uplatnění nefarmakologických intervencí v praxi	56
5.3.2.	KATEGORIE 7: Odstraňování bariér ve využívání nefarmakologických intervencí.....	59
5.4.	Intervence číslo jedna (DVO 2, 3).....	60
5.4.1.	KATEGORIE 8: Atributy efektivní nefarmakologické intervence	60
5.4.2.	KATEGORIE 9: Nefarmakologické intervence v praxi.....	61
5.5.	Vzdělávací potřeby sester (DVO 6).....	68
5.5.1.	KATEGORIE 10: Jaké informace sestry postrádají, požadují a potřebují.....	68
6.	DISKUZE	70
6.1.	Limity a omezení předkládaného kvalitativního výzkumu	82
7.	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	83
8.	ZÁVĚR	86
9.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	87

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. ÚVOD

Diplomová práce pojednává o možnostech využití nefarmakologických intervencí (metod) sestrami při léčbě či tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče, popř. anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Sama pracuji několik let na chirurgické JIP a s pacienty s různou intenzitou bolesti a se všemi jejími negativními doprovodnými projevy a důsledky se setkávám denně. To byl jeden z hlavních důvodů, proč jsem se tomuto tématu chtěla v diplomové práci věnovat.

Bolest je jeden z hlavních varovných příznaků, díky nimž člověk vyhledá lékařskou pomoc. Z tohoto pohledu je bolest velmi cenným a nezastupitelným faktorem, který může v mnohých případech zachránit člověku život, a tudíž je v tomto směru v podstatě vítána. Něco jiného je ale bolest pooperační, se kterou se setkává většina zdravotnických pracovníků a hlavně pacientů na většině jednotek intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Tato bolest již neplní funkci varovnou, ale informuje nás pouze o nedostatečné pooperační analgezií (pokud neuvažujeme o možných náhlých pooperačních komplikacích apod.). Uvedená skutečnost je smutným faktem. V době takového lékařského rozmachu, ať už se jedná o pole operativy, vývoje nových farmak nebo jiných léčebných metod, není pooperační bolest dostatečně tlumena u jedné třetiny až poloviny pacientů, což dokládá řada studií ze zemí s vysoce rozvinutou zdravotní péčí. V České republice je situace více méně obdobná, což dokládají Málkovy studie (Málek, Ševčík, 2014).

Včasná diagnostika a efektivní terapie akutní bolesti (stejně tak i pooperační) je přitom nesmírně důležitá, jelikož její pozdní odhalení či nedokonalá léčba může významně negativně ovlivnit celkový stav pacienta, jeho prožívání, prodloužit dobu hospitalizace, a tím navýšit finanční náročnost léčby a v neposlední řadě přejít i do chronicity a člověka trvale invalidizovat.

V léčbě bolesti, hlavně té akutní (popř. pooperační), je a vždy bezesporu bude metodou volby číslo jedna farmakoterapie. Avšak nefarmakologické intervence (postupy) užívané k léčbě bolesti, nebo zmírnění výše uvedených nepříjemných pocitů, jsou většinou metody jednoduché, levné a efektivní, které by mohly účinek farmak efektivně doplňovat či potencovat. Navíc většina těchto metod není časově náročná, nevyžaduje speciální vzdělání ani složité či finančně náročné vybavení.

Diplomová práce je strukturována do dvou hlavních částí. První, *teoretická část*, popisuje problematiku bolesti jak v obecné rovině, tak i v kontextu intenzivní péče. Zároveň poukazuje na vliv bolesti na organismus člověka nejen po stránce tělesné, ale i duševní. Jsou zde rozebrány jednotlivé sesterské úkony spadající do managementu bolesti, včetně léčby bolesti, se zaměřením na metody nefarmakologické, zvláště pak na metody, které mohou uplatňovat sestry samy bez určitého specializačního vzdělání při péči o pacienty s bolestí. V empirické části jsou zpracovány a analyzovány rozhovory získané od jednotlivých informantek a prezentovány zjištěné výstupy výzkumu, včetně doporučení pro praxi.

2. SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

V České republice se v posledních letech podá přes 800 tisíc celkových či regionálních anestezií ročně, z čehož lze předpokládat i obdobný počet operačních výkonů, které jsou spojeny s bolestí menší, či větší intenzity. Podstatné je si uvědomit, že pooperační bolest je problémem vysoce preventabilním a v mnohých případech i snadno řešitelným. V současnosti existuje dostatečné množství farmak tlumících bolest, modalit léčby a literárních údajů či poznatků o organizaci léčby bolesti. Zásadním problémem je však převedení těchto znalostí do každodenní praxe (Ševčík, Málek, Bejšovec a kol., 2008, s. 1). Právě zdravotní sestry jsou s pacienty v pooperačním období v nejužším kontaktu, i přesto jsem zaznamenala v ošetřovatelských publikacích minimum informací o nefarmakologickém tlumení akutní bolesti na výše zmíněných pracovištích.

2.1. Popis vyhledávací strategie a přehledové review

Vyhledávání dostupných informačních zdrojů bylo prováděno od září 2016 do března 2017 v elektronických databázích, v nichž jsou k dispozici údaje týkající se využití nefarmakologických intervencí v managementu bolesti u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče (dále IP) či anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále ARO).

Databáze: Medline, EBSCO host, BMČ, Google Scholar a Sciencen Direct

Klíčová slova: nefarmakologické intervence, pooperační (akutní) bolest, léčba bolesti, psychologická stránka bolesti, sestra či intenzivní péče

Klíčová slova v anglickém jazyce: nonpharmacological interventions, postoperative (acute) pain, treatment of pain, psychological aspect of pain, nurse, intensive care

Příslušná klíčová slova, jejich synonyma či kombinace slov byla zadávána do jednotlivých vyhledávacích databází a následně byly vyhledávány a selektovány relevantní zdroje (studie teoretického rázu a výzkumné práce) použitelné pro tvorbu přehledového textu. Studie byly dále vyhledávány i ve zdrojích literatury již nalezených odborných publikací a přehledových studiích.

Pro zařazení textů/odborných článků či výzkumných studií do přehledového review byla stanovena následující kritéria:

- studie či výzkumná práce spadající do období mezi lety 2005 až 2017;
- studie v českém, slovenském či anglickém jazyce;
- studie obsahující klíčová slova jako nefarmakologické intervence, pooperační (akutní) bolest, léčba bolesti, psychologická stránka bolesti, sestra či intenzivní péče;
- články publikované v platných recenzovaných a impaktovaných vědeckých časopisech;
- studie je možné získat ve fulltextové verzi.

V první fázi bylo provedeno vyhledávání zdrojů na základě stanovených kritérií pro zařazení do přehledového review. Celkem bylo vyhledáno 256 odborných textů (n = 256). Následně byly publikace vybírány na základě ekvivalence názvu s hlavní výzkumnou otázkou a shodou s klíčovými slovy. Po tomto vyřazení zůstalo 126 odborných textů (n = 126). V další fázi byly pročitány abstrakty jednotlivých vědeckých prací / studií a probíhalo jejich vyřazování podle shody obsahu s výše zmíněnými kritérii (n = 72). V konečné fázi byly pročitány celé texty (n = 68) výzkumných článků/ studií a probíhala jejich finální selekce na základě následujících vylučovacích kritérií.

Kritéria pro vyřazení:

- duplicitní články (n= 32);
- obsah článků nebyl relevantní pro téma diplomové práce - studie zaměřující se převážně na chronickou bolest, na léčbu bolesti u dětí, na management bolesti převážně z medicínského hlediska a studie zkoumající efekt farmakoterapie na tlumení bolesti (n = 27);
- kopie studií nebylo možné získat ve fulltextové verzi v knihovnách UK (n = 4).

Pro tvorbu teoretických východisek bylo z původního množství textů následně použito 8 nejrelevantnějších zdrojů (viz Tabulka č. 1 Přehledové review).

Tabulka č. 1 Přehledové review

AUTOR	ROK VYD. (ZEMĚ)	NÁZEV	METODIKA	VÝSLEDKY
Céline Gélinas, Caroline Arbour et al.	2012 (Kanada)	Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management	Kvalitativní popisný výzkum realizovaný pomocí polostrukturovaných rozhovorů (fokusové skupiny pacientů/rodinných příslušníků se zkušeností hospitalizace na JIP a sester JIP (N= 32))	<ul style="list-style-type: none"> - jako nejvíce užitečné, relevantní a sestrami (N= 23) proveditelné intervence v rámci hospitalizace pacientů na JIP byly shledány u více než poloviny respondentů muzikoterapie, odvedení pozornosti, jednoduché masáže a přítomnost rodiny - pacienti (N=9) více zmiňovali intervence jako aktivní naslouchání a orientaci v realitě, zatímco sestry edukaci a polohování
A. E. E. de Jong, E. Middelkoop et al.	2007 (Nizozemí)	Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review	Přehledová studie zahrnující 26 (N= 26) studií zaměřených na nefarmakologické metody léčby bolesti, které testovaly celkem 21 intervencí nebo jejich kombinací (převážně intervence behaviorální a fyzikální)	<ul style="list-style-type: none"> - ve výsledcích 17 studií (N= 17) bylo popisováno statisticky významné snížení bolesti a pozitivní vliv nefarmakologických intervencí na vnímání a hodnocení bolesti pacienty (hypnóza, hluboké dýchání, relaxace, muzikoterapie, odvedení pozornosti, představitivost / imaginace, placebo efekt, informovanost, rozhovor s pacientem atd.)
Yang Liu, Marcia A. Petrini	2015 (Čína)	Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery	Randomizovaná kontrolovaná klinická studie zahrnující 112 (N= 112) pacientů po hrudní operaci. Experimentální skupina dostávala k standardní péči 30-ti minutovou hudební intervenci po dobu 3 dní.	<ul style="list-style-type: none"> - experimentální skupina pacientů (N= 56) vykazovala statisticky významné snížení bolesti, úzkosti, srdeční frekvence a systolického krevního tlaku v porovnání s kontrolní skupinou (N=56) - žádné rozdíly v hodnotách diastolického krevního tlaku, rychlosti dýchání, PCA a použití Diklofenaku
Lavonia Francis, Joyce J. Fitzpatrick	2012 (New York)	Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences	Kvantitativní průzkum zahrnoval 31 sester a 14 dospělých pacientů po operaci (N= 45). K zjištění sesterských vědomostí byl použit „Průzkum znalostí a postojů týkajících se bolesti“. Pacienti vyplňovali zkrácenou verzi McGill Pain dotazníku.	<ul style="list-style-type: none"> - průměrné skóre zkoumající sesterské znalosti v problematice managementu bolesti a jejich postojů bylo 69,3 %, což vedlo autory výzkumu k vyslovení doporučení / závěrů, že je zapotřebí zvýšení sesterských znalostí v této problematice - pacienti hlásili mírnou intenzitu bolesti (hodnoceno dle odpovědí na otázky McGill dotazníku)
Wai Man Sin, Ka Ming Chow	2015 (Čína)	Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review	Přehledová studie zahrnující 7 (N= 7) studií zkoumajících účinek muzikoterapie na pooperační bolesti u gynekologických pacientek. Efekt hodnocen podle zjištěných hodnot intenzity bolesti dle VAS.	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ze 7 zahrnutých studií uvádí nižší hodnocení intenzity bolesti a užívání analgetik v intervenčních skupinách oproti kontrolním skupinám, čímž potvrzují pozitivní vliv muzikoterapie jako nefarmakologické intervence při redukci bolesti

AUTOR	ROK VYD. (ZEMĚ)	NÁZEV	METODIKA	VÝSLEDKY
Maysoon S. Abdalrahim, Sawsan A. Majali et al.	2010 (Jordánsko)	The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain	Kvalitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření před a po intervenčním zásahu, které zahrnovalo školení sester v rámci „Pooperačního programu léčby bolesti“. Účastnilo se celkem 65 (N= 65) registrovaných sester. U 240 pacientů (N= 240) byla hodnocena jejich dokumentace z pohledu komplexnosti záznamů intenzity bolesti a efektivity léčby (120 v pre-intervenční fázi a 120 po realizaci programu).	<ul style="list-style-type: none"> - statisticky významný rozdíl v počtu správných odpovědí sester v dotazníku v pre-intervenční fázi (45,7 %, což odpovídá 9,2 správných odpovědí / 21 otázek; N=65) a po realizaci vzdělávacího programu, kdy došlo k výraznému zvýšení počtu správných odpovědí sestrami (75 %, 16/21; N=65) - v pre-intervenční fázi bylo 76 % patientských záznamů bolesti hodnoceno (N=120) jako neuspokojivých, po realizaci programu jich bylo jako neuspokojivých vyhodnoceno pouze 23,3% (N=120)
Yisha Wang, Youjing Dong, Yang Li	2014 (Čína)	Perioperative Psychological and Music Interventions in Elderly Patients Undergoing Spinal Anesthesia: Effect on Anxiety, Heart Rate Variability and Postoperative Pain	Prospektivní, kontrolovaná klinická studie s randomizací pacientů (N= 40 pacientů) podstupujících gynekologický nebo ortopedický výkon do dvou skupin – intervenční (aplikace muzikoterapie a psychologického působení před, během a po operaci) a kontrolní. Hodnocení bolesti pomocí VAS.	<ul style="list-style-type: none"> - průměrné hodnoty VAS se v intervenční skupině postupně snižovaly v porovnání s kontrolní skupinou (byl sledován statisticky významný rozdíl) - statisticky významné rozdíly byly mezi skupinami i v hodnocení úzkosti a tepové frekvenci ve prospěch intervenční skupiny (tzn. nižší hodnoty u sledovaných parametrů)
Mary Fran Tracy, Ruth Lindquist et al.	2005 (USA)	Use of Complementary and Alternative Therapies: A National Survey of Critical Care Nurses	Randomizovaná studie. Účastnilo se celkem 726 (N=726) sester z Americké asociace sester pro intenzivní péči.	<ul style="list-style-type: none"> - 98,3 % dotazovaných sester (N=726) užívá minimálně jednu z doplňkových či alternativních terapií – průměrně devět (nejčastěji dietní omezení, cvičení (mobilizace), relaxační techniky, motilby, masáže, poradenství / psychoterapii, terapeutický dotek, muzikoterapii) - více než polovina dotazovaných sester uvedla, že pacienty jsou nejvíce vyžadovány masáže a poradenství (edukace) - více než 75 % dotazovaných sester (N=726) uvedlo, že mají určité povědomí o 7 z 28 uvedených intervencí - většina sester by uvítala více informací, školení a lepší vzdělání v této problematice

Zdroj: Autor textu

2.2. Bolest

Bolest doprovází lidstvo již od počátků jeho existence, stejně tak i snaha tento nepříjemný vjem do určité míry potlačit, či zcela odstranit (Janáčková, 2007). Již dávné primitivní kultury využívaly k tišení bolesti jednoduchých metod, jako například aplikace tepla či chladu, tlaku nebo různých rostlinných či živočišných prostředků, z nichž mnohé se využívají do současnosti (Vaňásek a kol., 2014). I tato skutečnost je důkazem, že využití nefarmakologických metod má své místo v léčbě či mírnění bolesti. Od těchto prvních jednoduchých technik však medicína prošla značným vývojem ať už z pohledu nových léčebných technik, přístrojů, léčiv, tak i pohledu na bolest samotnou.

V úvodu kapitoly bych uvedla pár skutečností, které dokládají, že problematika léčby bolesti, ale i bolesti samotné se všemi jejími negativními vlivy na organismus člověka není opomíjena, ba naopak, je snahou tento nepříjemný prožitek co nejvíce minimalizovat. Tak například v roce 1974 byla skupinou lékařů založena Mezinárodní společnost pro studium bolesti (dále IASP), která mimo jiné začala vydávat odborný časopis *Pain* (Rokyta, Kršiak, Kozák 2012). Výbor pro kvalitu Americké algeziologické společnosti (American Pain Society Quality Improvement Committee) v roce 1995 označil bolest za pátou vitální funkci (Málek, Ševčík, 2014). Americká akademie léčby bolesti (The American Academy of Pain Medicine) zase poukazuje na nutnost komplexního, multimodálního a holistického přístupu s vytvořením jednotného postupu léčby bolesti, jelikož rozličnost v postupech, jak vzdělávacích, tak i organizačních vede ke zbytečné bolesti pacienta, se všemi jejími následky a důsledky (Tighe et al., 2015). Ani Česká republika nezůstává pozadu. V roce 1990 je zde založena Společnost pro studium a léčbu bolesti (dále SSLB, od r. 1992 členem České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně), jež spolupracuje s odborníky z mnoha zemí. Jelikož v této problematice dosáhla významných úspěchů, byla v roce 1999 přijata za člena IASP (Dušová, 2007). V roce 1992 se zde začíná systematicky tvořit síť pracovišť pro léčbu bolesti tzv. Ambulancí léčby bolesti podle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, kterým SSLB zajišťuje odbornou záštitu. V roce 2004 se obor léčby bolesti stal nástavbovým oborem s certifikovanou zkouškou (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012; Vondřich, Vondřichová, 2016). Česká společnost anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny vydala doporučení pro léčbu akutní pooperační bolesti, jež bylo přijato i Společností pro studium a léčbu bolesti. Kupředu jde v tomto směru i ošetrovatelství, které prosazuje koncepci holismu, což znamená respektování člověka ve všech jeho dimenzích, a to tělesné, emoční, psychické, sociální i spirituální (Dučaiová, 2011).

V České republice je největší odbornou profesní organizací sester a jiných nelékařských zdravotnických profesí Česká asociace sester (dále ČAS), která je aktivní v oblasti legislativy, standardizace ošetrovatelské péče, realizací vzdělávacích aktivit a publikační činnosti. Činnost ČAS spočívá v práci odborných sekcí (na problematiku bolesti je zaměřena Sekce pro léčbu bolesti a paliativní péče) a regionů, které pořádají odborné vzdělávací akce, semináře či konference.

I přes mnohé snahy je bolest stále prožívána pacienty po operačních výkonech, což dokládá i výrok jednoho ze zakladatelů moderní léčby bolesti Johna J. Bonica platný dodnes, a to: „*Je zarmucující skutečností, že v našem století fantastického vědeckého a technického pokroku nadále trpí miliony lidí tvrdšími bolestmi, která způsobuje těžké poruchy tělesné, duševní i sociální*“ (John J. Bonica In Rokyta a kol., 2006, s. 20).

2.2.1. Terminologie bolesti

Jednou z nejčastěji uváděných a všeobecně uznávaných formulací je definice Mezinárodní společnosti pro studium bolesti, jež byla přijata i Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO), která bolest popisuje takto: „*Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisovaná výrazy takového poškození*“ (www.iasp-pain.org).

McCaffery (McCaffery In Pokorná a kol., 2013, s. 102) zase uvádí: „ *Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.*“

Další definice tvrdí: „*Bolest je multimodální jev, který vyžaduje multidisciplinární přístup a multidimenzionální terapii*“ (Basler In Křivohlavý, 1992, s. 3), čímž toto tvrzení dokládá důležitost zapojení všech členů zdravotnického týmu do péče o pacienta s bolestí, s využitím různých metod léčby, včetně těch nefarmakologických.

Všeobecně známým a bezesporu nezanedbatelným faktem, který je uváděn snad ve všech odborných zdrojích (srov. Hakl a kol., 2011; Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012; Vaňásek a kol., 2014; aj.) zabývajících se problematikou bolesti, je také skutečnost, že bolest je vždy subjektivní. Jen těžko bychom hledali dva jedince, kteří by totožně vnímali, prožívali a hodnotili bolest, byť by absolvovali identický lékařský zákrok, operační výkon či invazivní ošetrovatelskou intervenci, byli stejného pohlaví, věku a podobně (Janáčková, 2007).

Úloha zdravotnických pracovníků, zvláště pak sester, je při zvládání a léčbě bolesti nezastupitelná. Dobře porozumět bolesti v její mnohostrannosti je hlavním klíčem k vhodné léčbě a správnému přístupu k pacientovi (Zacharová, Haluzíková, 2013).

2.3. Fyziologie bolesti – Nocicepce

Nocicepce, neboli vznik a přenos signálu o bolesti je neurohumorální proces, který zahrnuje podráždění receptorů bolesti (tzv. nociceptorů či nocisenzorů), přenos této informace v podobě impulzní aktivity nervovými vlákny dále do míchy a mozku a její následné zpracování centrálním nervovým systémem (dále CNS). Vjem bolesti je tedy výsledkem zpracování této příchozí informace CNS, a nezáleží tudíž na charakteru vyvolávajícího podnětu.

Existuje mnoho teorií, které se snaží objasnit vznik, přenos a působení bolesti na člověka. V průběhu let se názor odborníků z řad lékařů na bolest výrazně měnil. Zpočátku byl upřednostňován model absolutně senzorický, poté převažoval psychogenní. Nejzásadnější teorií v tomto směru je vrátková teorie bolesti (Kolektiv autorů, 2006; Dušová, 2007). *Vrátková teorie bolesti*, která byla publikována v r. 1965 Melzackem a Wallem, vychází z představy synaptických vrátek mezi periferními a míšními neurony. Pomyslná vrátka se mohou otevírat, či naopak zavírat na popud fyziologických (endogenní opiáty, stimulace jiných periferních nervů aj.) nebo psychologických faktorů (pozornost, nálada aj.). Přestože jsou důkazy o správnosti vrátkové teorie nejednoznačné, je tato teorie důležitou součástí programu zvládání bolesti, jelikož umožňuje pacientům s bolestí pochopit, že jejich duševní postoj může ovlivnit jejich bolest (Ayers, de Visser, 2015). Další teorie, které lze uvést, jsou například *Endorfinová teorie tlumení bolesti*, *Citová teorie*

bolesti, Model multidimenzionálního bolestivého zážitku atd.¹ Všechny modely či teorie ovlivnily dnešní pohled na bolest, který zahrnuje jak složku tělesnou, tak i emoční (Dušová, 2007).

2.3.1. Druhy nociceptorů (nocisenzorů)

Nociceptor/ nocisenzor je primární aferentní neuron, který díky svému specifickému nervovému zakončení dokáže odlišit potencionálně poškozující podnět od podnětu neškodného (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012). Jsou umístěné téměř ve všech tkáních těla. Rychlost vedení nervového vzruchu z nocisenzorů do vyšších částí CNS závisí na myelinizaci a průměru samotného axonu. Dle těchto vlastností se periferní nervová vlákna dělí na vlákna typu A (α , β , γ , δ), B a C (Rokyta a kol., 2009).

Jednotlivé nocisenzory se dělí do tří skupin:

- *Vysokoprahové mechanoreceptory*, které jsou uloženy v kůži a slouží k vnímání tlaku, tahu a vibrací. Dle intenzity podráždění dokáží rozlišit, zda se jedná o hlazení, říznutí nebo například úder. Při intenzivnějším podráždění reagují tyto mechanoreceptory jako receptory bolesti (Rokyta a kol., 2009).
- *Polymodální nociceptory*, které slouží k vnímání změn teploty, ať již směrem dolů se vznikem omrzlin, tak i nahoru se vznikem popálenin, jelikož oba tyto extrémy v konečné fázi vyvolají bolest (Hakl a kol., 2011).
- *Volná nervová zakončení* (neboli vlastní nocisenzory) sloužící výhradně pro vnímání bolesti, která jsou uložena na primárních aferentních vláknech a vedou informaci z kůže a sliznic do míchy. Tato nervová zakončení se také nazývají „mlčící receptory“, jelikož za normálních okolností mlčí (popřípadě vedou jen minimum signálů) a reagují až při bolestivém signálu (Hakl a kol., 2011).

K podráždění nociceptorů může dojít při fyzikálním (mechanické, tepelné, elektrické) nebo chemickém poranění (např. toxiny). K jejich aktivaci však může dojít i nepřímo vlivem látek (tzv. bolestivých substancí), jako je například histamin, bradykinin, nebo draslíkové ionty, které vyvolávají zánětlivý proces, zvyšují cévní propustnost, způsobují edém a vasodilataci, čímž tyto receptory dráždí. Dále se zde mohou uplatnit látky působící senzitivizaci, jako jsou prostaglandiny (hormony uplatňující se při imunitních a zánětlivých reakcích), kininy, leukotrieny a některé cytokiny. Podráždění samotných nociceptorů mohou způsobit již výše zmíněné draslíkové ionty či substance P, které nociceptory aktivují působením na sodíkové ionty. Příčina vzniku bolesti může být i na podkladě psychické poruchy či choroby, kdy jde o poruchu na úrovni vnímání bolesti. V tomto případě se však nocicepce neuplatňuje (Kolektiv autorů, 2006; Zemanová, Zoubková, 2012; Vaňásek a kol., 2014).

¹ *Endorfinová teorie tlumení bolesti* se opírá o existenci endogenních působků z řady opioidních peptidů s analgetickým efektem. *Citová teorie bolesti* (publikována Marshalllem v r. 1894) vylučuje senzorickou složku bolesti. Naopak bolest považuje za strach, který podbarvuje všechny ostatní smyslové vjemy (Poděbradský, Poděbradská, 2009, str. 36, 38). *Model multidimenzionálního bolestivého zážitku* (publikováno Leiserem) poukazuje na vícerozměrnost bolesti. Bere v úvahu jak samotné poškození tkáně, emocionální reakci, zážitek bolesti a bolestivé jednání (Křivohlavý, 2002, s. 83).

2.3.2. Fáze nocicepce

Nocicepce, neboli vznik a vedení signálu o bolesti z periferie do CNS zahrnuje čtyři na sebe navazující fáze.

- *Transdukce* – Jedná se o přeměnu tepelné, chemické, či mechanické informace (podnětu) na elektrickou aktivitu nervového systému, vznikající na podkladě interakce nocisenzorů a patřičného inzultu (Kolektiv autorů, 2006). Tento škodlivý inzult vyvolá vyplavení prostaglandinů a mediátorů bolesti, které podráždí nociceptor, čímž je následně spuštěn přenos signálu z periferie do vyšších center CNS (Rošková, 2012).
- *Transmise* – Jedná se o přenos akčních potenciálů generovaných z účinné transdukce do CNS. Tento signál přenáší dva typy vláken, a to A-delta vlákna a C-vlákna. Jiné typy senzorických vláken, jako jsou vlákna typu A-beta, obvykle nenesou nociceptivní informace, ale reagují na dotek, pohyb a vibrace. Druhá fáze tedy spočívá v přenosu bolestivého signálu pomocí neurotransmiterů z primárních aferentních vláken na neurony druhého řádu do prodloužené míchy, thalamu a nakonec do mozkové kůry (Crisp et al., 2013).
- *Percepce* – Podstatou třetí fáze neboli percepce je uvědomění si bolesti. V této fázi se bolestivý impuls dostává do vyšších struktur mozku, a to do mozkového kmene, thalamu a kůry mozkové. Z thalamu jsou impulsy přenášeny neurony třetího řádu do různých oblastí mozku. Přesné umístění v mozku, kde se bolest stává vědomým zážitkem, však zůstává nejasné (Crisp et al., 2013).
- *Modulace* – Modulace, též nazývána přizpůsobení, zahrnuje vnitřní a vnější způsoby zesílení či inhibice bolesti. Zahrnuje změny v aferentním nervovém přenosu v průběhu dráhy bolesti, kdy nejběžnějším místem této modulace je dorzální míšní roh. Inhibice modulace může být ovlivněna externě podáním analgetik, nebo vnitřně uvolněním inhibičních neurotransmiterů (např. glycinu) a aktivací descendentních eferentních nervových drah, kdy dochází k vyplavení serotoninu, noradrenalinu a endorfinů. Dále se mohou na inhibici modulace podílet kognitivní vlivy, jako např. odvrácení pozornosti či mnoho dalších tělesných a psychických vlivů. Opačným směrem může být modulace ovlivněna například při stresu, strachu, úzkosti či očekávání bolesti (Kolektiv autorů, 2006; Barash, 2015).

Je důležité si také uvědomit podstatný rozdíl mezi nocicepcí a prožitkem bolesti. U nocicepce jde o neurologickou reakci a následnou reflexní odpověď, což je způsobeno poškozením, nebo možným poškozením tkáně. Jde o fyziologický děj, který zahrnuje aktivaci senzorické transdukce v nervech tepelnou, mechanickou nebo chemickou energií, která působí na specializovaná nervová zakončení. Příslušné nervy poskytují informace o poškození tkáně CNS. Tyto informace však nejsou považovány za bolest, dokud nejsou vystaveny psychologickému a kognitivnímu zpracování vyššího stupně, které zahrnuje posouzení (hodnocení) těchto příchozích signálů. Na rozdíl od nocicepce je bolest, jak vyplývá z její definice (viz výše), subjektivní. Stejně tak, jako se může objevit bolest bez nocicepce (například u pacientů s určitými bolestivými syndromy), nemusí

nocicepce zákonitě vyvolat vjem bolesti (Kolektiv autorů, 2006; Crisp et al., 2013). Na všechny fáze zpracování a vedení bolesti by měl být cílen multimodální přístup léčby bolesti (Barash, 2015).

2.4. Klasifikace bolesti

Na bolest a její dělení se dá nahlížet z různých úhlů pohledu. V odborné literatuře (srov. např. Kozák a kol., 2010; Hakl a kol., 2011; Opavský, 2011) se můžeme setkat s různými možnostmi dělení bolesti na podkladě určitých kritérií. Dle nich se dá bolest klasifikovat např. z hlediska patofyziologie (nociceptivní, neuropatická, dysautonomní, psychogenní a smíšená), dle příčiny vzniku (onkologická a neonkologická bolest) a délky trvání (akutní a chronická bolest).

2.4.1. Dělení dle patofyziologie bolesti

Nociceptivní bolest vzniká na podkladě podráždění receptorů bolesti příslušným podnětem. Dle umístění receptorů, které jsou podrážděny, se dá tento druh bolesti dále rozdělit na bolest somatickou a viscerální (Hakl a kol., 2011).

- *Somatická bolest* může být dále dělena na povrchovou či hlubokou, podle lokalizace poškození. Somatická bolest povrchová vzniká při poranění, poškození či jiném podráždění povrchově uložených receptorů. Hluboká somatická bolest je vyvolána podrážděním receptorů uložených v hlubokých vrstvách kůže, svalů, kloubů, vazů, šlach nebo cév (Opavský, 2011; Rošková, 2012).
- *Viscerální bolest* vzniká stimulací receptorů v břišní a hrudní dutině. V mnohých případech je doprovázena reakcí vegetativního nervového systému, jako je například pocení, tachykardie a podobně (Opavský, 2011; Rošková 2012). Při léčbě nociceptivní bolesti jsou analgetika první volbou (Hakl a kol., 2011).

Neuropatická bolest začíná na rozdíl od bolesti nociceptorové na nervových vláknech, nikoli na samotných nocisenzorech. Její vedení je od místa poškození shodné s vedením bolesti nociceptivní (Hakl a kol., 2011). Tento druh bolesti se dá rovněž rozdělit na dva typy.

- *Periferní neuropatická bolest* s jednostranně lokalizovanými či systémovými neuropatiemi, která postihuje jednotlivé nervy.
- *Centrální neurogenní bolest*, kdy dochází k poškození nervů v CNS (stavy po CMP, míšní léze aj.). Většinou je tato bolest popisována jako píchavá, pálivá, bodavá. Bývá doprovázena alodynii, což je situace, kdy normálně nebolestivý stimul vyvolá bolestivou reakci (Kozák a kol., 2010; Hakl a kol., 2011).

Dysautonomní bolest vzniká na podkladě poruchy funkce autonomního nervového systému, především sympatiku. Klasickým příkladem tohoto druhu bolesti je komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I), jenž zahrnuje různé bolestivé stavy vznikající na podkladě úrazu nebo chirurgického zákroku (Hakl a kol., 2011).

Psychogenní bolest vzniká na podkladě různých psychických poruch či onemocnění. Dominantou je zde psychická komponenta, nikoli organické nebo tkáňové poškození. Nemocní zde mohou

projektovat své problémy do bolesti, čímž se stává psychogenní bolest velice obtížně diagnostikovatelnou (Opavský, 2011). Nejčastěji pacienti uvádí bolesti břicha a zad. Základem farmakoterapie jsou psychofarmaka a psychoterapie (Hakl a kol., 2011).

Smíšená bolest vzniká kombinací předchozích typů bolesti. Její léčba se odvíjí od převažující účasti jednotlivých typů. Terapie je většinou velmi komplikovaná, z toho důvodu se při ní uplatňují i invazivní metody léčby bolesti, jako jsou například kaudální bloky nebo neuromodulace (Hakl a kol., 2011).

2.4.2. Dělení dle příčiny vzniku

Nádorová (onkologická) bolest vzniká v přímé souvislosti s nádorovým onemocněním, ale i s různými postupy, které souvisí s diagnostikou či léčbou onkologického onemocnění (např. invazivní metody, jako je biopsie, odběry krve, bederní punkce, ale i aplikace chemoterapie nebo radioterapie). Samotný nádor může utlačovat orgány, nervy, kosti a jiné struktury, což může být zdrojem bolesti. Stejně tak i určitý stupeň imobilizace při onkologickém onemocnění může vést k bolestivosti svalů (Kolektiv autorů, 2006).

Nenádorová (neonkologická) bolest je nejčastěji způsobena degenerativními postiženími pohybového aparátu. Jde o formu chronické bolesti, se kterou se setkáváme nejčastěji. K léčbě neonkologické bolesti je využívána celá řada lékových skupin včetně silných opioidů v závislosti na intenzitě a typu bolesti (Hakl a kol., 2011).

2.4.3. Dělení dle délky trvání

Akutní a chronická bolest představují dvě odlišné klinické jednotky, které se liší nejen svou etiopatogenezí, ale také léčbou.

Akutní bolest je nejčastější typ bolesti, se kterým se setkáváme na jednotkách intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Významnou podskupinou akutní bolesti na těchto pracovištích je bolest pooperační, popř. poúrazová, která je ve většině případů záhy řešena chirurgicky a přechází v bolest pooperační. Jelikož je tato práce zaměřena na zvládání bolesti právě na těchto pracovištích, bude akutní a pooperační bolesti věnována samostatně následující kapitola.

Chronická bolest je oproti akutní bolesti, která je považována za symptom, vlastním onemocněním - syndromem. Různí autoři vymezují chronickou bolest na základě několika kritérií. Například Rokyta uvádí, že za chronickou bolest lze považovat bolest, jejíž délka trvání překračuje 3-6 měsíců, popřípadě je do této skupiny řazena i bolest trvající kratší dobu, kdy délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině (Rokyta a kol., 2009). Chronická bolest má tíživý dopad na osobnost člověka, nejen po stránce fyzické a duševní, ale výrazně také zasahuje do kvality jeho života (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Důsledkem chronické bolesti mohou být poruchy spánku a chování, popř. změny v osobnosti. Lidé s chronickou bolestí mohou být frustrovaní, depresivní, rozhněvaní až agresivní, s pocitem bezradnosti a nepochopení ze strany okolí. Vše může vyústit až v stranění se okolí, ztrátu zaměstnání i nebezpečí suicidia. Dalšími doprovodnými problémy mohou být snížení libida a sexuální aktivity, což může negativně ovlivnit rodinný život jedince (Rokyta a kol., 2009; Opavský, 2011). Chronická bolest již pozbývá ochrannou funkci, jako je

tomu u bolesti akutní, čímž se identifikace příčiny stává značně složitou (Hakl a kol., 2011). Cílem léčby chronické bolesti je podle Doležala a kol. (2007) v první řadě úprava a případné obnovení funkční zdatnosti člověka v nejvyšší možné míře v oblasti fyzické, psychické i sociální s využitím všech možných farmakologických i nefarmakologických postupů.

2.5. Akutní bolest

Akutní bolest je jedním z nejčastějších příznaků, pro který člověk vyhledá lékařskou pomoc. Akutní bolest je symptomem, který má pro organismus ochrannou funkci, jelikož člověka informuje o tkáňovém inzultu, ať již jde o úraz, onemocnění, operační výkon aj. Tím organismus chrání před jeho dalším možným poškozením (Málek, Ševčík, 2014). Akutní bolest se objevuje bezprostředně po bolestivém podnětu. Délka trvání akutní bolesti odpovídá svou délkou vyvolávající příčině, většinou je uváděna v řádu hodin až dnů, zřídka kdy měsíců. Nepřesahuje však dobu delší jak tři měsíce (Hakl a kol., 2011). Pro člověka bývá poměrně snadné ji lokalizovat a doprovází ji jen krátkodobé psychické změny, jako je strach či obavy jedince (Zemanová a Zoubková, 2012). Hakl a kol. (2011) mezi tento druh bolesti řadí např. porodní bolesti, bolesti při některých vnitřních onemocněních a u pacientů hospitalizovaných na JIP/ ARO nejčastěji se vyskytující bolesti traumatické a pooperační. Akutní bolest navozuje v nervovém systému stav zvaný neuronální plasticita, která může vyústit v přecitlivělost nervového systému vedoucí k alodynii a hyperalgezií² (Barash et al., 2015). Jedním z největších rizik akutní bolesti je podle mnohých autorů (srov. např. Rokyta a kol., 2009; Hakl a kol., 2011; Málek, Ševčík, 2014) její přechod do chronicity, kdy neefektivnější a neúčinnější prevenci tvoří včasná a intenzivní léčba, čímž lze minimalizovat možný výskyt komplikací, časně zahájit rehabilitaci, zkrátit dobu hospitalizace, a tím i pozitivně ovlivnit psychiku pacienta.

Pooperační a poúrazová bolest

Pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti způsobené operačním výkonem (chirurgickým traumatem) se zánětlivou reakcí a zahájením aferentní neuronální bariéry. Jde o kombinovanou souhru několika nepříjemných senzorických, duševních a emočních zkušeností umocněných chirurgickým traumatem, spojených s autonomními, fyziologickými, endokrinně-metabolickými a behaviorálními odezvami (McMahon et al., 2013). Operační výkon může proběhnout jak za účelem léčebným, tak i diagnostickým, kdy dochází k mechanickému nebo tepelnému (např. užití termokoagulace k zástavě krvácení) poškození tkání (Rokyta a kol., 2009). Chirurgický zásah s sebou nese větší či menší trauma operovaných tkání, což je spojeno s akutní bolestí. Výhodou léčby této bolesti je skutečnost, že již dopředu je na tuto situaci připraven jak pacient, tak ošetřující personál (Zemanová, Zoubková, 2012). Další velkou skupinu tvoří na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních pacienti po různých traumatech s tzv. poúrazovou bolestí. Poúrazová bolest vzniká nejčastěji necíleně na podkladě fyzikálního (působení tepla či chladu), mechanického (pády, autonehody aj.) nebo chemického (poleptání) poškození (Rokyta a kol., 2009). Jak u pooperační, tak i poúrazové bolesti je velmi vhodné včasné zahájení léčby bolesti. V případě poúrazové bolesti, již v rámci prvotního ošetření záchrannou službou. U pooperační bolesti je též vhodné zajištění analgezie již před operačním

² Alodynie – bolest vyvolaná na kůži, kterou doprovází patologické změny (stresová reakce organismu); Hyperalgezie – zvýšená přecitlivělost k podnětům normálně bolest nevyvolávajících (Vokurka, Hugo, 2015)

výkonem (Rokyta a kol., 2009), neboli tzv. preemptivní analgezie, jejímž cílem je předejít aktivaci receptorů bolesti, které by mohly vyvolat centrální senzitivizaci, facilitaci, dlouhodobou potenciaci a fenomén „wind-up“³, což může podpořit chronifikaci bolesti (Barash et al., 2015).

2.6. Vliv akutní bolesti na organismus

Akutní bolest jakožto silný stresor má na celý organismus nezanedbatelný vliv, jelikož spouští reakci typu „flight, fight or fright“, tzn., připravuje tělo na boj či útěk (Hakl a kol., 2011). Z toho při zmírňování/ ovlivňování bolesti vyplývají také techniky a postupy snižující napětí a stres. Málek a Ševčík (2014) uvádí, že silný stres je vyvolán nejen bolestí samotnou, ale i vlastním onemocněním, úrazem či operačním výkonem. Při bolesti dochází k aktivaci sympatiku, neuroendokrinním, imunitním a zánětlivým reakcím, tzv. psychoneuroendokrinoimunologickým změnám. Akutní bolest ať už traumatického, nebo netraumatického původu se významně podílí na dočasném snížení kvality života a ekonomických ztrátách v důsledku pracovní neschopnosti. Negativní důsledky akutní bolesti na organismus budou popsány v následující subkapitole.

Akutní bolest hraje však i užitečnou „pozitivní“ fyziologickou roli tím, že informuje o poškození tkáně a indukuje imobilizaci či zaujetí úlevové polohy, čímž je postižený orgán v klidu a je umožněno odpovídající hojení (Zacharová, 2017). Je důležité zmínit, že pokud bolest ztratí svůj signální význam, kdy je již známá její vyvolávající příčina, stává se neúčelnou (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

2.6.1. Patofyziologické důsledky akutní bolesti na organismus člověka

- **Kardiovaskulární změny** – Aktivací sympatiku dochází k přetrvávající tachykardii s hypertenzí, zvýšení tepového objemu a srdeční práce, což vede ke zvýšené spotřebě kyslíku myokardem. Rizikem je rozvoj akutního koronárního syndromu (Málek, Ševčík, 2014). Zároveň u pacientů s bolestí dochází ke snížení pohybové aktivity za účelem bolest nezhoršovat, což má za následek snížení krevního průtoku v končetinách, snížení žilního návratu, čímž dochází ke shlukování krevních destiček, případné žilní trombóze s rizikem následné tromboembolie (Zemanová, Zoubková, 2012).
- **Respirační změny** – Operační výkony, zejména v oblasti hrudníku či nadbřišku, snižují kvalitu dýchání, a tím i veškeré dechové parametry. Zároveň dochází k reflexnímu zvýšení napětí břišních svalů a zhoršení činnosti bránice, což negativně ovlivňuje zejména hluboký nádech a samotné vykašlávání hlenu. Retence sekretů v dýchacích cestách může vyústit v rozvoj atelektáz a pooperační pneumonii. Na nekvalitní dýchání a nedostatečné odkašlávání má opět vliv i nedostatečně tlumená bolest (Rokyta a kol., 2009; Málek, Ševčík, 2014).
- **Gastrointestinální změny** – Hyperaktivita sympatiku vyvolána bolestí může způsobit reflexní inhibici (sníženou aktivitu) gastrointestinálního traktu, což přispívá k pooperační nevolnosti a zvracení, nepohodlí a může vést až k rozvoji pooperačního ileu. Zároveň

³ Facilitace – zesílení reflexu nebo jiné nervové aktivity; Potenciace – zesílení účinku (Vokurka, Hugo, 2015); Wind-up fenomén – určitá facilitace přenosu, tj. vyšší úroveň vstupu vzruchů do CNS (Fricová, 2011)

velmi komplikuje obnovení podávání enterální výživy, což může být spojeno s pooperační morbiditou, včetně septických komplikací a abnormálním hojením ran (McMahon et al., 2013).

- **Urinární změny** – Vlivem sympatické hyperaktivity dochází k zvýšené aktivitě močových sfinkterů, hypomotilitě uretry a močového měchýře s následnou retencí moči (Málek, Ševčík, 2014; Zemanová, Zoubková, 2012).
- **Neuroendokrinní a metabolické reakce** – Odpověď organismu na bolest je sympatikotonie, stimulace hypotalamo-hypofyzárního systému, zvýšená produkce katecholaminů a katabolických hormonů a snížení sekrece anabolických hormonů (inzulin). Výsledkem působení těchto látek je například retence sodíku a vody, hyperglykemie, zvýšení množství volných masných kyselin, ketolátů a laktátu. Zvýšený je též metabolismus a spotřeba kyslíku. Vše může vyvrcholit katabolickým stavem a negativní dusíkovou bilancí (Málek, Ševčík, 2014).
- **Imunitní změny** – Stresová odpověď na bolest potlačuje buněčné i humorální imunitní funkce a vede k lymfopenii, leukocytóze a depresi retikulo-endoteliálního systému. Mnoho známých mediátorů stresové odpovědi patří mezi silná imunosupresiva, což může snížit odolnost vůči patogenům a být klíčovým faktorem při rozvoji perioperačních infekčních komplikací (McMahon et al., 2013).
- **Muskuloskeletární změny** – Vlivem akutní bolesti může dojít k imobilizaci či snížené pohyblivosti s reflexní vazokonstrikcí, zvýšení svalových spasmů, hrozí zhoršení svalového metabolismu a rozvoj svalové atrofie (Zemanová, Zoubková, 2012). Dochází k rozvoji svalové slabosti a únavě. Zároveň snížení mobility vede ke vyššímu riziku tromboembolických komplikací (Barash et al., 2015).
- **Spirituální reakce** – Pacienti s bolestí mohou postupem času přehodnocovat svůj dosavadní život, měnit své existenciální potřeby ve smyslu duchovního a životního naplnění (Gulášová, 2008).
- **Sociální reakce** – Bolest může významně zasáhnout i do sféry mezilidských vztahů, kdy se člověk s bolestí často straní společnosti. Dochází však ke změnám nejen ve sdružování, ale i spokojenosti, seberealizaci, a tím i ke změnám potřeb a aktivit (Pokorná, 2013).
- **Psychické změny** – Bolest a situace, jichž je součástí, jsou doprovázené stresem (viz reakce typu „flight, fight or fright“), který ovlivňuje stav a funkci mnoha tělesných systémů a jejich orgánů (viz výše) a neoddelitelně je spojen i s ovlivněním psychického stavu nemocného (Opavský, 2011). Protrahovaná bolest a stresová reakce z ní vyplývající představují riziko potencionálního rozvoje dlouhodobých psychických problémů, které mohou následně významně zasáhnout do kvality života jedince (Lukeš, 2011). V souvislosti s akutní bolestí se mohou projevit strach, úzkost, zlost, smutek, deprese, rozčilení, nespavost, obavy či starosti, které prožívání bolesti ještě více umocňují a dále zhoršují (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

2.7. Faktory ovlivňující vnímání a prožívání bolesti

Bolest je multidimenzionální fenomén, jehož mnohostrannost ukazuje, že jednodušší a jednostranné pojetí vnímání či prožívání bolesti jen jako fyziologického či psychologického jevu ani zdaleka nevystihuje jeho skutečnou podstatu. Jde o komplexní zážitek, jehož kvalita i intenzita vychází z předchozí a jedinečné zkušenosti jedince s bolestí, způsobu, jakým se člověk naučil s bolestí vyrovnat, a významu, jaký dotýčný bolesti přikládá (Křivohlavý, 2002). Dále je ovlivněn kulturou, očekáváním bolesti a porozuměním jejímu významu, souvislostmi, při kterých je bolest přítomna, emočními i kognitivními reakcemi (Kolektiv autorů, 2006), charakterem bolesti a vlastní osobností dotýčného (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Významně se na prožitku a toleranci bolesti podílí *etické a kulturní faktory*. V této rovině je podstatné, jakou váhu a význam pacient své bolesti přikládá. Může ji vnímat jako trest, který musí snášet, slabost, kterou nesmí příliš projevovat, nebo jako nespravedlnost, která u něho vyvolává hněv a nesnášenlivost (Moos, 2014). V některých kulturách je schopnost snášet bolest součástí rituálů či ceremonií. V těchto případech je bolest snášena lépe. Důležitou úlohu zde hraje i víra. Záleží hlavně na tom, jak jednotlivá *náboženství* interpretují bolest, např. zda jako výzvu, či trest (Janáčková, 2007).

Dalším významným faktorem ovlivňujícím vnímání a prožívání bolesti je *věk a s ním spojené životní zkušenosti*. S přibývajícím věkem se zvyšuje práh bolesti, avšak klesá tolerance k bolestivým podnětům. Zároveň může být poškozena schopnost rozlišovat mezi nadprahovými bolestivými podněty. Starší pacienti mají také menší schopnost reagovat na akutní bolest, zde je nejvíce snížena percepce pooperační bolesti. I vnímání chronické bolesti se zvyšujícím se věkem klesá, přesto ale mnoho starších lidí vnímá chronickou bolest velice intenzivně. Starší lidé reagují naopak mnohem silněji na somatické bolesti (Rokyta, 2004). Skutečnost, že starší lidé většinou snáší a tolerují bolest lépe než mladší, vychází z jejich rozsáhlejších životních zkušeností s bolestí a utrpením a bohatší životní historie (Dušová, 2007), jelikož centrální nervový systém dokáže bolestivou informaci nejen zpracovat, ale dokáže si ji i zapamatovat. Tento jev je označován, jako tzv. *memory-like proces*. Z nepříjemných zkušeností prožitých v dětství vznikají později podmíněné negativní reakce na bolest a odpor k situacím, při kterých bolest vzniká (Janáčková, 2007). Pokud se ovšem takový člověk setkal v dětském věku s pochopením a má dobré zkušenosti s léčbou bolesti, většinou pak bolestivé situace zvládá lépe než člověk, který má zkušenosti negativní (Dušová, 2007). Emocionální reakce nemocného a prožitek bolesti jsou tím větší, čím více zasahují do života pacienta, snižují jeho kvalitu, omezují soběstačnost a výkonnost dotýčného (Hakl a kol., 2011).

Vliv na prožitek bolesti mohou mít i *okolnosti*, při jakých k bolesti došlo. Zda byla způsobena vlastní, či cizí vinou (Zacharová, 2017). Lépe se též člověk adaptuje na bolest známou (např. menstruační bolesti) než na tu, kterou nezná. Svou roli zde hraje i *očekávání* velikosti nastávající bolesti a *motivace* jedince (Janáčková, 2007). Záleží tedy na tom, kolikrát, jaký typ a za jakých okolností byla konkrétní bolest během života jedince zažita (Moos, 2014). Snáze se pacient vyrovnává s bolestí, kterou může alespoň částečně kontrolovat či regulovat (např. při využití PCA), kdy má její intenzitu pod kontrolou (Janáčková, Weiss, 2007; Zacharová, 2017). V případě pooperační bolesti hraje klíčovou roli *rozsah a charakter chirurgického výkonu, typ anestezie,*

kvalita pooperační péče a v neposlední řadě i *vznik komplikací* (Málek, Ševčík, 2014). Jednotlivé rozdíly v toleranci a hodnocení bolesti je možno zaznamenat i v různých *časových úsecích*, ať se jedná o jednotlivá životní období (např. operace, hospitalizace, aj.), nebo části dne. Ráno bývá tolerance vyšší, postupem dne klesá (Janáčková, 2007).

Mezi nejčastější sociální faktory, které ovlivňují prožívání bolesti akutní i chronické patří *sociálně-ekonomické podmínky* a nižší vzdělání pacienta i jeho rodiny (Zacharová, 2008). Velký význam u pacientů s bolestí hrají i *rodinné vztahy*. Obecně lze říci, že klidné a stabilní rodinné zázemí přispívá k lepší adaptaci na bolest (Janáčková, 2007).

Rozdíly v oblasti psychologie a interpretace bolesti jsou přítomné i mezi *pohlavími*. Rokyta a kol. (2009) se odkazuje na výsledky mnohých studií, ze kterých vyplývá, že ženy mají nižší práh bolesti a vnímají bolest intenzivněji než muži. Tento nedostatek však kompenzují produkcí β endorfinu, který snižuje bolest.

Prožitek bolesti se odvíjí i od *osobnostních rysů*. Zacharová ve svém článku uvádí, že z různých výzkumů vyplývá, že např. introverti mají nižší práh percepce bolesti v porovnání s extroverty, i když extrovertní jedinci o bolesti více hovoří a mají tendenci k jejímu zveličování (Zacharová, 2008). Co se týče emoční stability a lability, ukazuje se, že emočně stabilní pacienti jsou více nezdolní, vyrovnávají se lépe se stresovými situacemi a dokáží déle vzdorovat nepříjemné zátěži, kterou bolest beze sporu je. Neurotičtí pacienti naopak propadají v zoufalství, katastrofizují své potíže, jsou přecitlivělí a mají predispozice ke zhroucení se ve stresové situaci (Moos, 2014).

Všechny tyto výše uvedené faktory hrají důležitou roli při formování zkušeností jedince s bolestí. Společně utvářejí způsob, jakým člověk bolesti rozumí a jaký má pro něho význam či smysl, čímž ovlivní i to, jakým způsobem bude bolest zasahovat do jeho každodenního života (Crisp et al., 2013). Je proto nezbytné akceptovat tyto faktory při hodnocení bolesti a plánování péče o pacienta, a patřičným způsobem tak přistupovat k jednotlivým pacientům a jejich individualitě.

3. ROLE SESTRY V MANAGEMENTU BOLESTI U PACIENTŮ NA ODDĚLENÍ IP/ ARO

Jednotky intenzivní péče jsou určeny pacientům, kteří vyžadují nepřetržitý monitoring fyziologických funkcí a léčbu pro potencionální ohrožení selhání jedné či více základních vitálních funkcí, nebo k jejich selhání již došlo, a u kterých lze předpokládat reverzibilitu stavu (např. selhání kardiovaskulární, respirační, renální atd.). Jde o pacienty s akutními i chronickými onemocněními, pacienty po úrazech nebo pacienty po různých chirurgických či jiných lékařských intervencích. Dle závažnosti pacientů se jednotlivá pracoviště dělí do třech skupin, na jednotky I.–III. stupně (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016). Na oddělení ARO jsou poté přijímáni pacienti, u kterých k orgánovému selhání již došlo. Důležité také je, aby na oddělení intenzivní péče byli hospitalizováni takoví pacienti, kteří budou z poskytované intenzivní péče profitovat, kteří mají reálnou šanci na obnovu či zlepšení orgánových funkcí a ve finále i na přežití s dostatečnou kvalitou života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Bolest představuje problém, se kterým se setkávají členové multidisciplinárního týmu JIP či ARO velmi často. Nemocní mohou být na tato pracoviště s bolestí již přiváženi (důsledek základního onemocnění, úrazu aj.), nebo k jejímu vzniku dochází v průběhu samotné hospitalizace jako následku různých léčebných, diagnostických a ošetrovatelských intervencí, či vlivem dlouhodobého upoutání na lůžko, které vede k rigiditě svalů, kloubů, tvorbě otoků a vzniku dekubitů (Lukeš, 2011).

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče pacientů na odděleních intenzivní péče či ARO vychází nejen z diagnózy, ale i z aktuálního zdravotního stavu jedince (Kapounová, 2007). Organizace ošetrovatelské péče začíná sběrem a následným zpracováním získaných informací, na jejichž základě je stanoven ošetrovatelský problém, jsou určeny cíle a příslušné intervence, jimiž chceme daných cílů dosáhnout, následované celkovým vyhodnocením (Šamánková, 2011). Ošetrovatelský plán je proto každou sestrou hodnocen a dle potřeb nemocného aktuálně a individuálně přehodnocován a měněn.

3.1. Diagnostika a hodnocení bolesti sestrou

Jedním z velkých problémů bolesti v intenzivní péči je její diagnostika, jelikož může být komunikace s kriticky nemocným člověkem velmi omezena (Lukeš, 2011). Přítomnost bolesti může být přehlížena z důvodu neschopnosti pacienta své potíže sdělit, její příznaky mohou být maskovány sedativy a někdy dokonce svalovou relaxací (Herold, 2013). Je nezbytné si proto uvědomit, že i v situacích, kdy člověk není schopen svou bolest vyjádřit, může být přítomna. Zvláště pak v situacích, kdy lze její přítomnost předpokládat, pokud je v souladu s poškozením tkáně, při bolestivých procedurách nebo patologiích souvisejících s onemocněním (Dunwoody et al., 2008).

Jelikož zatím neexistuje konkrétní přístroj či ukazatel, který by byl schopen intenzitu bolesti změřit, je hlavním zdrojem informací o charakteru a intenzitě bolesti samotný pacient, kterému bychom jeho bolest měli věřit a včas a s dostatečnou intenzitou ji tlumit využitím všech dostupných lege artis technik a postupů. Zacharová (2017) však uvádí, že řada studií poukazuje na

problematický vztah mezi hodnocením bolesti zdravotníky a hodnocením bolesti samotnými pacienty. I proto může být analgezie kriticky nemocných jedinců velmi obtížná a mnohdy bohužel nedostatečná (Lukeš, 2011).

Hlavním cílem diagnostiky je získání co možná největšího množství informací o aktuálním algickém stavu, na jehož základě by bylo možné specifikovat typ bolesti, její intenzitu a faktory ovlivňující bolest (Rokyta a kol., 2009). Abychom totiž mohli bolest efektivně léčit, je třeba ji řádně diagnostikovat, měřit a dokumentovat (Málek, Ševčík, 2014). Každé vyšetření pacienta s bolestí a následné hodnocení jeho bolesti by se mělo opírat o důkladně odebranou anamnézu, fyzikální vyšetření a výsledky různých hodnotících nástrojů a metod.

3.1.1. Odběr anamnestických údajů

Odběr anamnestických údajů u pacientů hospitalizovaných na JIP či ARO je závislý na stavu jejich vědomí.

- Pokud je pacient při vědomí, probíhá odběr anamnézy klasickým způsobem formou rozhovoru. Dobiáš (2013) uvádí, že při odběru anamnézy je důležité mít o dané nemoci (v tomto případě o bolesti) dostatečné vědomosti, ovládat základy komunikace (gestika, haptika aj.), mít dostatek empatie, alespoň minimální emoční inteligenci a dbát na to, aby byl rozhovor konstruktivní pro získání maxima relevantních informací, jelikož ne vždy má zdravotník pro získání anamnézy dostatek času, zvláště pak u akutních stavů.
- Stav pacientů v intenzivní péči je mnohdy při přijetí kritický a stav jejich vědomí a celková alterace ne vždy dovolí okamžitý odběr validních údajů. V těchto případech je nezbytné pátrat v dostupné dokumentaci, popř. u pracovníků RZP a rodinných příslušníků (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012; Bartůňek a kol., 2016). Zároveň je nutné zohlednit, jak subjektivní verbální hodnocení (pokud je to možné), tak i fyziologické odpovědi organismu a neverbální projevy.

Při vyhodnocování bolestivého stavu se zaměřujeme na anamnézu bolesti (příčiny vzniku a okolnosti), její charakter, časový průběh včetně doby trvání, intenzitu, topografii/ iradiaci a kvalitu bolesti, faktory ovlivňující průběh bolesti a doprovodné symptomy. Pro detailní zhodnocení bolesti je též nezbytný odběr farmakologické a sociální anamnézy (Kolektiv autorů, 2006; Doležal, Hakl, Pokorná a kol., 2013; Málek, Ševčík, 2014). Bližší informace o anamnéze bolesti jsou uvedeny v příloze č. 1. V neposlední řadě je důležité zohlednit pacientův práh a toleranci bolesti, jehož určení je zásadní pro hodnocení bolesti a vytvoření plánu managementu bolesti (Kolektiv autorů, 2006).

Při odběru anamnézy si můžeme pomoci několika mnemotechnickými pomůckami, jako je SOCRATES nebo OP4QRSTI-ASPEN, zkráceně OPQRST (Dobiáš, 2013). Podrobnější vysvětlení těchto zkratk je v příloze č. 2.

3.1.2. Fyzikální vyšetření

Kompletní fyzikální vyšetření je nedílnou součástí každé vstupní prohlídky při přijetí pacienta na lůžko JIP / ARO. Její důležitou součástí je i zhodnocení vitálních funkcí (Bartůňek, Jurásková,

Heczková, Nalos, 2016). Výkyvy v hodnotách základních životních funkcí mohou informovat o vzestupu či zmírnění bolesti, jelikož akutní bolest může vyvolat hypertenzi, tachykardii, tachypnoei a mydriázu. Nesmíme však předpokládat, že nepřítomnost těchto autonomních reakcí znamená nepřítomnost bolesti (Kolektiv autorů, 2006). Při fyzikálním vyšetření se soustředíme jak na místo maximálních potíží, tak i na vzdálené struktury, které mohou s bolestí souviset (Málek, Ševčík, 2014).

3.1.3. Hodnotící škály a metody hodnocení bolesti pacienta

Jelikož je bolest prožívána a pacienty vyhodnocována individuálně, byly vyvinuty metody, které pomáhají subjektivní pocit nemocného kvantifikovat (Zemanová, Zoubková, 2012). Pro hodnocení bolesti existuje několik spolehlivých a platných metod. Jedná se o unidimenzionální škály, měřící jednu složku bolestivé zkušenosti (např. intenzitu bolesti, úlevu od bolesti) a škály multidimenzionální, které jsou schopny zachytit několik aspektů bolesti, jako je kvalita a charakter bolesti, spokojenost s řízením bolesti a vliv bolesti na různé indikátory (například aktivitu, spánek, náladu či výživu). I přesto, že má bolest více dimenzí, představují unidimenzionální škály jednoduchý způsob, jakým mohou pacienti hodnotit různé komponenty bolesti a vyjádřit svoji bolest na jednoduchém analogovém nástroji (Dunwoody et al., 2008). Jelikož není hodnocení bolesti a využívání hodnotících škál hlavní náplní této práce, uvedu zde pouze vybraný výčet základních metod, jejichž grafické znázornění bude v příloze č. 3.

1. Unidimenzionální (jednoduché) metody

Unidimenzionální metody⁴ se nejčastěji užívají k posouzení intenzity bolesti a po podání analgetik či využití jiných technik k zmírnění bolesti i jejímu opětovnému přehodnocení. Z hlediska obsahového se mohou tyto metody dělit na neverbální (posouzení bolesti jinými kritérii než slovy, např. pláč), vizuální (posouzení bolesti pomocí zrakové kontroly) a verbální (slovní vyjádření). Nejčastěji je těchto metod užíváno u akutní bolesti (Pokorná, 2013). Žádná unidimenzionální stupnice neposkytuje komplexní zhodnocení všech aspektů bolesti. Každý z nich musí být interpretován samostatně, avšak s přihlédnutím k ostatním údajům od pacienta. Například může pacient po určité intervenci zhodnotit úlevu od bolesti jako výraznou, avšak přetrvávající bolest může být stále mírná až závažná (Dunwoody et al., 2008). Proto je nezbytné hodnotit vždy nejen stupeň úlevy, ale i aktuální míru bolesti.

2. Multidimenzionální metody

Multidimenzionální metody⁵ nám umožňují zaznamenat nejen intenzitu a lokalizaci bolesti, ale i její kvalitu, charakter a dopad na běžné denní aktivity. Pomocí těchto metod jsme schopni bolest objektivizovat holisticky. Z použitých charakteristik bolesti lze posoudit i zastoupení dvou základních dimenzí bolesti, a to emoční, neboli afektivní a senzoricko-diskriminační (smyslovou) vypovídající o kvalitě, lokalizaci a intenzitě (Opavský, 2011; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková,

⁴ **Unidimenzionální metody:** VAS/ Vizuální analogová škála, NRS/ Numerická hodnotící škála, Obličejová škála bolesti/ Faces Pain Scale, PPI/ Present Pain Intensity/ Intenzita současné bolesti, Mapa bolesti

⁵ **Multidimenzionální metody** - MPQ / McGill Pain Questionary / McGillský dotazník bolesti, BPI / Brief Pain Inventory / Krátký inventář bolesti, Dotazník copingu bolesti

2012). Multidimenzionálních hodnotících škál je velké množství, avšak standardně se v rámci hodnocení akutní bolesti na jednotkách intenzivní péče či ARO neuplatňují pro jejich časovou náročnost. Hlavní uplatnění nacházejí při hodnocení chronické bolesti a jejího vlivu na člověka.

3. Neverbální hodnocení bolesti

Bolest je zde posuzována jinými kritérii než slovy. Nejčastěji jsou zde sledovány paralingvistické projevy (pláč, vzdechy, sténání aj.), mimika (grimasy, bolestivé úšklebky), aktivita nervového systému (zrudnutí obličeje, bušení srdce, nauzea aj.), změny ve vitálních funkcích (tlak, pulz atd.) a algické držení těla (Pokorná, 2013). Přítomnost bolesti by měla být též zvažována v případech, kdy se chování pacienta v pooperačním období výrazně liší od jeho chování před operací. Dalšími možnými projevy bolesti může být stažení se, odmítání stravy, agrese či známky úzkosti (Dunwoody et al., 2008). Pro pacienty v kritickém stavu, kteří nejsou schopni prožitek bolesti verbálně nebo graficky sdělit, je možné využít Behavioral Pain Scale (dále BPS) nebo Critical Pain Observation Tool (dále CPOT). Tyto škály hodnotí algické projevy bolesti (Herold, 2013; Málek, Ševčík, 2014).

K diagnostice bolesti se dá využít i fyziologických metod, jako jsou zobrazovací metody, měření svalového napětí, evokovaných potenciálů, autonomní nervové činnosti a jednotkové neuronové aktivity. Tyto metody jsou však zatím v klinické praxi využívány jen sporadicky (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2012). Další možnou technikou je využití biochemického vyšetření, což je v současné době stále předmětem zkoumání (Rokyta a kol., 2009). Pacientovo subjektivní hodnocení přítomnosti a intenzity bolesti je však nejpřesnější a nejspolehlivější způsob hodnocení bolesti (Zemanová, Zoubková, 2012).

Role sestry v péči o pacienty s bolestí zahrnuje nejen diagnostiku a posuzování bolestivého stavu, ale také průběžnou monitoraci a hodnocení bolesti, zaznamenávání zjištěných parametrů do dokumentace, konzultace stavu pacienta s lékařem a následné plnění lékařských a ošetrovateľských intervencí vedoucích ke zmírnění či odstranění bolesti a případné hlášení nežádoucích účinků léčby. Jak uvádí Křivková, úloha sestry je v této problematice nepostradatelná, jelikož sestra tráví s pacientem nejvíce času a provedení ošetrovateľské péče a splnění požadavků a potřeb nemocného je závislé na jejích znalostech, zkušenostech a citu pro rozpoznání těchto potřeb (Tomová, Křivková, 2016).

3.2. Dokumentace bolesti sestrou

Na odděleních intenzivní péče je stav pacientů sestrou nepřetržitě monitorován a v pravidelných intervalech zaznamenáván do ošetrovateľské dokumentace (Kapounová, 2007). To se samozřejmě týká i zaznamenávání bolesti. Sestra by se měla řídit příslušným standardem daného zdravotnického zařízení, kde je specifikováno kdy, jak a jakým způsobem provádět záznam o bolesti pacienta. Úkolem sestry při zjištění bolesti pacienta je neprodleně informovat lékaře, v ošetrovateľské dokumentaci aktivovat příslušnou ošetrovateľskou diagnózu, provést záznam hodnocení bolesti a dále se řídit pokyny lékaře. Četnost záznamů hodnocení bolesti vychází z aktuálního stavu pacienta a jeho prožívání bolesti, řídí se pacientovým hlášením, dle ordinace lékaře, popř. standardem pracoviště.

K přehodnocení bolesti by každopádně mělo dojít vždy při objevení se nové bolesti, popř. jejím zhoršení, po aplikaci analgetik či jiné metody snižující bolest s vhodným časovým odstupem v závislosti na aplikované formě analgezie či intervence a v rámci pravidelného monitorování fyziologických funkcí, avšak minimálně jednou za 24 hodin. Součástí hodnocení bolesti je záznam o intenzitě a charakteru bolesti, konkrétní terapeutický postup a jeho efekt, případné nežádoucí účinky léčby, či záznam, kdy pacient nabízený terapeutický postup odmítl (Di Cara, 2005; Kolektiv autorů, 2006).

3.3. Léčba akutní bolesti

Farmakoterapie je základem léčby akutní i chronické bolesti (Fricová, 2011). Jelikož je ale tato práce zaměřena na možnosti léčby akutní bolesti pomocí nefarmakologických metod, bude zde problematika farmakoterapie a invazivních postupů a metod zahrnuta pouze okrajově. Kapitulu věnovanou léčbě bolesti jsem rozdělila do 4 samostatných kapitol na léčbu farmakologickou, nefarmakologickou, psychoterapii a invazivní metody léčby bolesti.

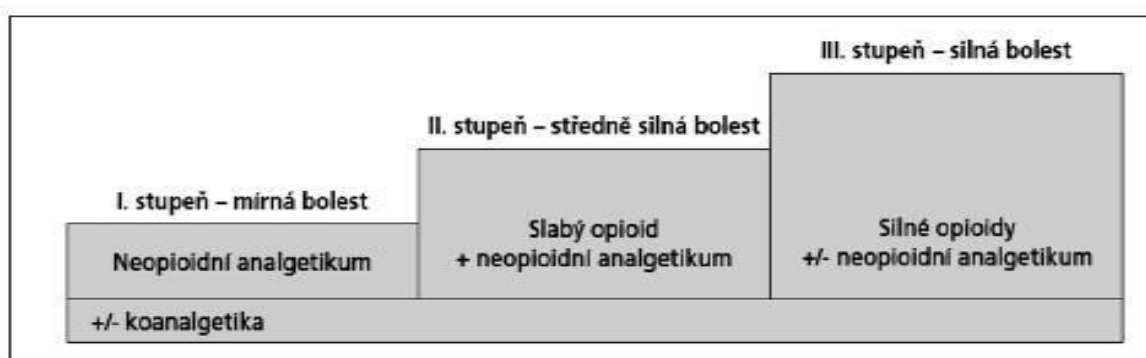
Nedostatečná a neadekvátní léčba bolesti, diskomfortu, deliria a poruch spánku jsou významnými faktory, které ovlivňují mortalitu a dlouhodobou morbiditu pacientů v intenzivní péči (Černý a kol., 2014). Zároveň může velmi negativně ovlivnit psychiku pacientů a zvýšit výskyt negativních emocí (viz výše), hrozí tak vznik pomyslné smyčky, kdy úzkost zesiluje prožitek bolesti a neefektivní léčba bolesti zvyšuje výskyt úzkosti, až deprese (Facco et al., 2013). Veškeré tyto negativní emoce mohou vést k nízké spokojenosti pacientů (Barash et al., 2015) a utváření problematických vztahů k lékařům a sestrám (Málek, Ševčík, 2014). Každý člověk má právo na adekvátní léčbu bolesti, jejímž cílem je odstranění příčiny bolesti, léčba bolesti samotné a včasná mobilizace a rehabilitace pacienta (Gabrhelík, Pieran, 2012).

Od účinné pooperační analgezie se očekává snížení výskytu pooperačních komplikací, zkrácení doby hospitalizace a vyloučení stresového působení bolesti a dyskomfortu pacienta včetně zabránění vzniku vzpomínky na bolest. Již v rámci předoperační přípravy by mělo být pacientovi, pokud je to možné, vysvětleno, jaké jsou možnosti pooperační analgezie včetně preemptivní analgezie a způsoby hodnocení bolesti (Zemanová, Zoubková, 2012). Nepolevující pooperační bolest může velice negativně ovlivnit jak fyzickou, tak i psychickou pohodu pacientů, včetně rizika přechodu do chronicity, což může mít tíživý dopad na osobnost člověka nejen po stránce tělesné a duševní, ale může výrazně zasáhnout do kvality jeho života (Zacharová a Haluzíková, 2013). Proto je její účinná léčba nezbytnou součástí dobré a kvalitní péče a je neetické, aby pacienti trpěli bolestí bez maximálního úsilí zdravotníků ji odstranit (Ferrell, 2005).

3.3.1. Farmakoterapie

Základní strategii pro léčbu bolesti představuje třístupňový analgetický žebříček (Obrázek č. 1), jenž byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHO) původně k léčbě bolesti při onkologických onemocněních. Pro jeho jednoduchost a názornost byl následně převzat i k léčbě bolesti nenádorového typu (Hakl a kol., 2011).

Obrázek č. 1 Analgetický žebříček WHO



Zdroj: Fricová, 2011, s. 6

Jak je z obrázku patrné, k léčbě se využívá neopioidních analgetik, slabých opioidních analgetik a silných opioidů, kdy se všechny tři skupiny léčiv mohou kombinovat s adjuvantní terapií, neboli koanalgetiky. Při léčbě chronické onkologické bolesti, ke které byl tento žebříček primárně koncipován, se postupuje při podávání analgetik principem „step up“ (zdola nahoru), u akutní bolesti je tento postup opačný, tedy „step down“ tzn. shora dolů (Doležal a kol., 2007; Zemanová, Zoubková, 2012).

3.3.2. Nefarmakologické metody léčby bolesti

Snahou všech zdravotníků by mělo být maximalizovat pohodlí pacientů a podporovat úlevu od bolesti všemi možnými způsoby. Jedním z nich je využití nefarmakologických metod, které autoři Boldt et al. (2014, str. 5) popisují jako „terapii, která nezahrnuje užívání léků a jakýchkoli jiných účinných látek“. Nefarmakologické metody se mohou využívat jak samostatně, tak mohou být kombinovány s farmakoterapií a jinými postupy (Kolektiv autorů, 2006). Kombinace s farmakoterapií obvykle umožní snížení dávek analgetik (Zemanová, Zoubková, 2012).

Nefarmakologickou léčbu bolesti je možné rozdělit na *metody fyzikální, doplňkové a alternativní*. Dále lze do nefarmakologické léčby bolesti zahrnout i *postupy psychoterapeutické*. Ty budou však popsány v samostatné kapitole.

1. Fyzikální terapie (fyzioterapie)

Fyzikální terapie (též fyzioterapie) využívá při léčbě bolesti přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií, a to energie tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic (Janáčková, 2007). Cílem fyzikální terapie je podpora zdraví, prevence tělesného postižení, rehabilitace pacientů s bolestí, nemocí či poraněním. Mimo mírnění bolesti má příznivý vliv i na redukci zánětu, zmírnění svalových spasmů, navození relaxace (Kolektiv autorů, 2006) a podporují schopnost těla bránit se bolesti vlastními silami. Fyzikální terapie je nepostradatelnou součástí komplexní léčby a prevence bolesti, i když na oddělení JIP jsou tyto metody využívány výběrově (Rokyta a kol., 2009).

- *Hydroterapie* – Využívá působení nejen tlaku vodního sloupce na povrch těla, ale i působení tepla a chladu. Dá se aplikovat v mnoha formách od omývání, tření, přes

částečné nebo celkové koupele, sprchy, podvodní masáže, až po horké či parní lázně, celkové zábaly a podobně (Janáčková, 2007). V managementu bolesti se nejčastěji využívá k léčbě akutní bolesti, například u namožení svalů či výronů (Kolektiv autorů, 2006).

- *Terapie teplem* – Terapie teplem zahrnuje jak aplikace vlhkého, tak i suchého tepla, čímž dochází k vazodilataci, zvýšení krevního průtoku a metabolismu tkání, snížení vazomotorického tonu, produkci analgezie ovlivněním volných nervových zakončení a v neposlední řadě může snižovat vnímání bolesti mozkovou kůrou. Analgetický efekt vychází především ze spazmolytického efektu a zlepšení prokrvení (Kolektiv autorů, 2006; Hakl a kol., 2011). Kontraindikací této terapie je vaskulární insuficience, neuropatie nebo desenzitivizace kůže. Zároveň se tato terapie nesmí aplikovat do oblastí krvácejících či zanícených (Kolektiv autorů, 2006). V léčbě pooperační bolesti se využívá nejdříve po 48 hodinách od operace, jelikož zvyšuje riziko krvácení a tvorbu otoků (Málek, Ševčík, 2014).
- *Terapie chladem (kryoterapie)* – Aplikace chladu se využívá ke snížení bolesti, zmírnění horečky, redukci či prevenci otoků. Je často využívána pro mírnění akutní bolesti po traumatech, operacích, incizích, u bolestí a spasmů svalů apod. Chlazení se dosahuje formou studených zábalů, aplikací sáčků s ledem nebo ledových masáží. Chlazením tkání dochází ke zpomalení tvorby edému, zmírnění otoků, vazokonstrikci (následně potom k vazodilataci), snížení krevního průtoku a snížení krvácení, ochlazením nervových zakončení poté dochází ke snížení citlivosti v dané oblasti (Kolektiv autorů, 2006).
- *Pohybová léčba/ rehabilitace* – V lékařské terminologii znamená rehabilitace opětovné nabytí tělesných či duševních schopností poškozených nemocí nebo úrazem (Rokyta a kol., 2009). Pohybová léčba patří mezi nejdůležitější techniky léčebné rehabilitace (Hakl a kol., 2011). Cvičení je s výhodou užíváno u pacientů s akutní i chronickou bolestí. Vhodně zvolená pohybová léčba a v intenzivní péči zejména vhodná poloha má za cíl zvýšit toleranci k bolesti, svalovou sílu, vytrvalost, hybnost kloubů a rozsah pohybů, zlepšit držení těla, koordinaci a rovnováhu a pacientům dodává pocit, že mají svoji bolest pod kontrolou (Kolektiv autorů, 2006).
- *Manuální léčba (mechanoterapie)* – Lze za ni považovat techniky využívající účinků tlaků a tahů na lidský organismus (Janáčková, 2007). Zahrnuje masáže, manipulaci a mobilizaci pacienta (Hakl a kol., 2011). *Masáže* mají v oblasti terapie bolesti nezastupitelné místo, jelikož zlepšují prokrvení, lymfatickou drenáž, snižují citlivost tkání a pozitivně ovlivňují i psychiku pacientů (Málek, Ševčík, 2014) tím, že snižují stres, úzkost, a ovlivňují tak celkovou pohodu pacienta (Singh, Chaturvedi, 2015). *Mobilizace* je technika zaměřená na klouby a měkké tkáně poškozené nějakým inzultem, jejíž cílem je obnova či zvětšení hybnosti v kloubu. *Manipulace* je využívána při prokázání blokace v kloubu s cílem tento kloub uvolnit (Hakl a kol., 2011).
- *Imobilizace* – Imobilizace neboli omezení pohybů jedné nebo více částí těla, je nejčastěji využíváno v průběhu akutního stádia poranění, ke zmírnění akutní bolesti, stabilizaci fraktur a podpoře poškozených kloubů. Nejčastějšími metodami imobilizace jsou sádrové fixace, ortézy a trakce. I přes to, že imobilizace snižuje bolest, je dlouhodobé znehybnění

nežádoucí pro své riziko vzniku hluboké žilní trombózy, dekubitů a svalové atrofie (Málek, Ševčík, 2014).

- *Elektroléčba* – Jde o jednu z nejrozšířenějších oblastí fyzioterapie. Může se využívat stejnosměrného proudu, pomocí něhož lze vpravovat do těla různé léčivé látky, např. Prokain. Další možností je využití střídavého proudu v různých frekvencích. Vysokofrekvenční proudy se využívají pro léčbu teplem. Středofrekvenční proudy se využívají u bolestivých stavů hlouběji uložených struktur pohybového aparátu. Nízkofrekvenční proudy (na jejichž principu pracuje i TENS – transkutánní elektrostimulace) jsou pro léčbu bolesti nejvýhodnější (Janáčková, 2007). TENS se využívá jak u bolestí akutních, tak i chronických (Kolektiv autorů, 2006). Svě místo má TENS jako adjuvantní metoda i v rámci managementu pooperační bolesti, jelikož může vést ke snížení spotřeby analgetik, zlepšení rehabilitace a plicních funkcí, zlepšení prokrvení v dermatomech a může ovlivnit i spokojenost pacienta s léčbou (Málek, Ševčík, 2014).
- *Terapie vibracemi* – Při této technice dochází ke zmírnění bolestí znecitlivěním stimulované oblasti (Kolektiv autorů, 2006).
- *Pneumoterapie* – Využívá působení různých tlaků pomocí nafukování a vypouštění vzduchu z textilních návleků na končetinách, čímž dochází ke zlepšení krevního proudu v končetinách (Janáčková, 2007).
- *Další* – Pro úplnost zde uvedu ještě několik fyzikálních technik, které lze k zmírnění či léčbě bolestí využít (převážně bolesti pohybového aparátu a chronické bolesti), avšak ne primárně pro pacienty s akutní bolestí hospitalizované na odděleních intenzivní péče. Možnými metodami jsou *fototerapie* (světelná energie má biologický vliv na metabolismus tkání a její účinky jsou i tepelné), *sonoterapie* (využívá zvukové energie a jejího tepelného účinku), *magnetoterapie* (ovlivnění biologických vlastností tkání pomocí magnetického pole), *vakuová terapie* (střídáním tlaku s podtlakem dochází ke zlepšení prokrvení v končetinách) a *radiační léčba* využívající energie volných částic (Janáčková, 2007).

2. Doplnkové a alternativní terapie

Doplňková (používá se společně s konvenčními metodami léčby bolesti) a alternativní (využívá se samostatně, místo konvenčních metod) terapie výrazně rozšiřují možnosti léčby bolesti. Jedinci jsou tyto metody často vyhledávány pro svůj holistický přístup k léčbě, kdy se soustředí na celého člověka a nikoli pouze na příznaky. Zároveň je většina těchto technik neinvazivních a má i minimum nežádoucích účinků (Kolektiv autorů, 2006).

- *Muzikoterapie* – Terapie hudbou zahrnuje poslech a tvorbu hudby, zpěv, pohyb na hudbu nebo hudební a imaginační cvičení. Muzikoterapii lze využít u různých onemocnění, při snižování chronické bolesti, ale i při akutní bolesti např. v průběhu různých lékařských procedur (Kolektiv autorů, 2006).

- *Akupunktura*⁶ – Akupunktura je metoda analgetické léčby, jejíž podstatou je reflexní podráždění určitých bodů na povrchu těla pomocí speciálních jehel nebo elektrostimulace. Podráždění akupunkturálních bodů vyvolá vyplavení endorfinů a enkefalinů, které zvyšují práh pro vnímání bolesti. Její efekt je nejen analgetický, ale i psychoregulační, jelikož tato technika reflexně navodí rovnováhu vegetativního nervstva, čímž zvyšuje odolnost proti stresu, dále homeopatický, imunomodulační a upravující motoriku (Hakl a kol., 2011; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).
- *Aromaterapie* – Aromaterapie zahrnuje inhalaci či aplikaci různých druhů esenciálních olejů. Oleje se vyrábí ze všech částí různých druhů rostlin. Mohou mít účinek jak relaxační, tak stimulační. Podstatou ovlivnění bolesti je stimulace cirkulace, což může následně zmírnit bolest. Zároveň vůně / pachy stimulují uvolnění neurotransmiterů a endorfinů v mozku, což má vliv na emoční pohodu a vnímání bolesti (Kolektiv autorů, 2006). Tento fakt uvádějí i Singh a Chaturvedi (2015), kteří se odkazují na výsledky několika klinických studií, které prokázaly krátkodobý přínos aromaterapie na depresi, úzkost, celkovou pohodu, kvalitnější spánek a na lepší kontrolu bolesti.
- *Terapie dotekem* – Jde o doplňkovou terapii využívanou při zmírňování bolesti a úzkosti. Cílem metody je vyrovnání energetického pole a odstranění překážek. Bolest je při této terapii mírněna obnovením rovnováhy energetického pole (Kolektiv autorů, 2006).
- Mezi doplňkové či alternativní terapie lze zařadit *jógu, fytoterapii, chiropraxi, akupresuru či reflexoterapii*. Tyto metody však nejsou v rámci intenzivní péče využívány.

3.3.3. Psychoterapeutické přístupy v léčbě bolesti

Existuje mnoho negativních vlivů, či faktorů, které na hospitalizovaného člověka mohou doléhat a negativně ovlivňovat jeho psychiku, a tím i prožívání bolesti. Jde například o samotnou nemoc, bolest, změnu životní role a postavení ve společnosti, změnu prostředí při pobytu na oddělení intenzivní péče, strach z neznáma, z prognózy, z možných komplikací, nemohoucnost a odkázanost na druhé, odloučení od rodiny, nedostatek informací o zdravotním stavu a dalším vývoji. Jak uvádí Zacharová a Haluzíková (2013), je právě psychická podpora člověka trpícího nějakou formou bolesti základním kamenem pro kladné zvládnutí náročné životní situace a průběhu léčby. Každý zdravotník, na něhož se člověk s bolestí s důvěrou obrací, by měl proto zaujímat správný profesionální postoj podpořený psychoterapeutickým přístupem a vhodnou komunikací.

Psychoterapie je „*především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy*“ (Vymětal, 2004, s. 20). Pro oblast zdravotnictví je jedinou možnou formou psychoterapie tzv. **systematická psychoterapie**, jež je

⁶ V roce 1989 byla Akupunkturistická společnost přijata do ČLS JEP. Poté byla akupunktura Českou lékařskou komorou prohlášena za řádnou funkční specializaci. V září 2017 vstoupila v platnost novela zákona 96/ 2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání, čímž došlo k zákonodárnému zavedení tradiční čínské medicíny do českého zdravotnictví.

považována za zdravotní výkon a je takto registrována. Mohou ji provádět pouze kliničtí psychologové a psychiatři⁷ po získání zvláštní odborné způsobilosti v systematické psychoterapii.

Cílem psychoterapie v obecném smyslu je podle Janáčkové (2007) snížit intenzitu bolesti a dostat ji pod pacientovu kontrolu, naučit ho regulovat bolest, zvýšit toleranci k bolesti a naučit pacienta se zbytkovou bolestí žít.

Základní psychoterapeutické přístupy

Každá psychoterapeutická škola vychází z určitého psychologického modelu osobnosti a z výkladu procesů, které vedly k současným zdravotním nebo osobnostním problémům. Uvedené přístupy jsou využitelné v prostředí intenzivní péče, ovšem za předpokladu, že je bude praktikovat klinický psycholog se zvláštní odbornou způsobilostí v systematické psychoterapii pro konkrétní přístup či směr psychoterapie.

- **Humanistická psychoterapie** – Jde o psychoterapeutický proud, jenž zdůrazňuje lidskou jedinečnost a kapacity člověka k osobnostnímu růstu a rozvoji. Patří sem např. **Rogеровský přístup**, což je psychoterapeutický směr vycházející z předpokladu, že člověk má po celý svůj život snahu se osobnostně rozvíjet (seberealizovat), dosahovat nejlepších možností a v rámci toho být zdravý. Cílem psychoterapeuta je vytvořit s klientem takový vztah, který bude tyto tendence podporovat (Vymětal, 2010).
- **Logoterapie** – Patří mezi (humanistické) psychoterapeutické léčebné metody. Soustřeďuje se na konkrétní smysl v životě člověka a hledání tohoto smyslu. Cílem logoterapie je přijetí vlastní situace, rozvoj vlastního utváření vnějšího světa s akceptací svých možností i omezení, posílení schopnosti milovat, pracovat, snášet utrpení a více se radovat ze života. Jde o to procházet s člověkem jeho nepříjemnými životními obdobími, aby se po čase moha projevit odvaha, která je silnější než strach. I z bolesti a utrpení může vlastním přispěním vzejít něco hodnotného, dobrého (Kosová a kol., 2014).
- **Kognitivně – behaviorální psychoterapie** – Tento přístup vychází z teorií, podle nichž jsou duševní obtíže, špatná sociální přizpůsobivost aj. výsledkem nesprávného hodnocení, špatných zvyků a chování, které se člověk naučil během emočně vypjatých situací, či při dlouhodobém působení stresu. Terapie poté spočívá v nahrazení těchto „patologických“ modelů chování modely žádoucími a ve změně postojů a hodnocení, jež se výsledně promítnou do rozhodování a jednání člověka (Vymětal, 2010). Jejím cílem je dosáhnout nového zpracování informací a chápání bolesti a nových modelů chování. Mezi základní postupy řadíme edukaci nemocného, zvyšování aktivity, odvádění pozornosti, změnu ve způsobu myšlení, přehodnocení negativních myšlenek a řešení problému (Opavský, 2011).

⁷ **Psycholog** – Psychologem se zpravidla stává absolvent pětiletého magisterského studia filozofické fakulty, jehož základem jsou humanitní vědy, a to především psychologie.

Psychiatr – Psychiatrem je lékař, který vystudoval medicínu, a který po absolvování další praxe a systematického vzdělávání prošel atestační zkouškou v oboru psychiatrie.

Psychoterapeut – Psychoterapeutem se stávají kliničtí psychologové či lékaři, kteří absolvují několikaletý psychoterapeutický výcvik, kde získají potřebné teoretické znalosti a psychoterapeutické dovednosti a dále získají osvědčení tzv. *funkční specializace v systematické psychoterapii*, tedy zvláštní odbornou způsobilost v systematické psychoterapii. Mimo rozhovorů využívá psychoterapie i dalších metod, které mají za cíl pomoci klientům lépe zvládat životní situace a vlastní prožívání (Vymětal, 2010; Roudenská, Javůrková, 2011).

- **Sugestivní přístup a hypnoterapie** – Jde o psychoterapeutické techniky, kde převládá direktivní a manipulativní přístup a je využívána autorita terapeuta. Jejich cílem je pacientovi imputovat žádoucí vzorce chování a myšlení (pokyn psychoterapeuta – sugesci), při změněném stavu pacientova vědomí (hypnóza). Lze využít i hypnózy při bdělém stavu, kdy do rozhovoru s pacientem zařazujeme určité hypnotické a sugestivní prvky, paradoxní nabídky, a tak jej „nenápadně“ ovlivňujeme (Vymětal, 2010). Hlavním cílem hypnózy je navození amnézie na určité situace, reinterpretace prožívaného stavu, časová disociace na stav před vznikem bolesti a další (Opavský, 2011).
- **Relaxační, imaginační a psychofyzické postupy** – Tyto postupy vycházejí z předpokladu psychofyzilogické jednoty lidského organismu, tedy že pomocí tělesného cvičení ovlivňujeme psychiku a naopak ovlivněním psychiky regulujeme fyziologické procesy. Patří sem techniky jako autogenní trénink, tělesná, dechová a meditační cvičení, imaginativní techniky, biofeedback a další (Vymětal, 2010). Pojmem relaxace rozumíme psychické i fyzické uvolnění, které patří spolu se správným dýcháním k nejučinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu způsobeného bolestí. Oproti bolesti, která aktivuje sympatikus, působí relaxace přesně opačně, jelikož aktivuje parasympatikus. Existuje mnoho různých způsobů relaxace, proto uvedu pouze některé. Mezi nejlehčí a nejrychlejší způsoby, jak snížit stres, patří *koncentrace na průběh dýchání*. Jednou z alternativ dechového cvičení je *plný jógový dech*, jehož principem je dýchání celými plícemi se zapojením břišních, hrudních i podklíčkových svalů. Nejrozšířenější autoregulační metodou je však *autogenní trénink*, který umožňuje člověku regulovat psychické i fyzické funkce propojením autosugesce se systematickou koncentrací (Janáčková, 2008). *Imaginativní techniky* využívají představivosti jedince, který ji buď nechává volně plynout, nebo ji cíleně směřuje k určitým tématům. Řadíme sem *vizualizaci*, která spočívá ve vytvoření příjemné zrakové představy. Tyto techniky slouží k odpoutání pozornosti od bolesti směřováním koncentrace jiným směrem (Janáčková, 2008). Mezi relaxační techniky lze zařadit i meditaci či biofeedback.

3.3.4. Podpůrná terapie a postupy ovlivňování bolesti v kompetenci sestry

Podpůrný psychoterapeutický přístup je „*terapeutický přístup, jehož cílem není změnit osobnost pacienta, ale pomoci mu zvládat symptomy, předcházet relapsům a recidivám onemocnění a zvládnout přechodně se vyskytující dílčí problém*“ (Praško, Holubová, 2017, str. 130). Dle Berana (2010, str. 130) je „*cílem podpůrné psychoterapie dosažení symptomatického zlepšení psychického stavu pacienta*“. Těchto cílů dosahuje podpůrná psychoterapie hlavně poskytováním porozumění a pomoci, přijetím pacienta takového, jaký je, a zdůrazňováním jeho kladných rysů, což vede k pozitivnímu myšlení, důvěře v sebe samého, ke zlepšení motivace a spolupráce v léčbě (Raudenská a Javůrková, 2011). Hlavními rysy jsou naslouchání, podpora, vcítění (empatie), vedení, podání potřebných informací či vysvětlení, povzbuzování pacienta a umožnění vyjádřit prožívané emoce. Jelikož se jedná o základní terapeutický přístup, měl by tyto techniky, popř. její prvky, provádět nejen každý školený odborník, ale i každý lékař a zdravotní sestra (Praško, Holubová, 2017).

Mezi postupy vycházející z prvků podpůrné psychoterapie, které může sestra či jiný zdravotnický pracovník bez specializačního vzdělání v oboru psychoterapie nepochybně uplatnit v péči o pacienta s bolestí, lze zařadit:

- *Kladný vztah mezi zdravotníkem a pacientem* – Vztah mezi pacientem a zdravotníkem by měl být pozitivně laděný, protože jenom takový má psychoterapeutickou hodnotu. Neoddělitelnou součástí takového vztahu je i *vzájemná úcta a otevřenost* ze strany lékaře (zdravotníka), která hlavně pro pacienta znamená významnou psychickou podporu (Beran, 2010). Psychoterapeutické působení začíná již od prvního kontaktu zdravotníka s nemocným, který trpí bolestí. Pacient projevuje své bolestivé chování, na které okolí reaguje „utěšujícím“ způsobem. Avšak přílišné utěšování a přebírání odpovědnosti personálem či rodinou je stejně kontraproduktivní jako chování bagatelizující. Pacient by sice z naší strany měl cítit pochopení / empatii, laskavost a snahu pomoci, zároveň by měl ale vědět, že pro zvládnutí své bolesti musí také něco udělat (Janáčková, Weiss, 2007). Ukazatelem pozitivního vztahu zdravotník-pacient může být tzv. *abreakce*, neboli uvolnění a vyjádření emocí či pocitů pacienta, které by jinak skrýval (Beran, 2010).
- *Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem / komunikační styl zdravotníka* – Základem dobrého vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, ale i kvalitní ošetrovatelské péče je *vhodná komunikace* a schopnost vnímat pacientovu bolest (Janáčková, Weiss, 2007). Jde o složitý proces, jehož průběh záleží na psychickém stavu, inteligenci, vzdělání, dědičných predispozicích, výchově a dosavadních zkušenostech všech zúčastněných (Tomová, Křivková, 2016). Dle Kapounové (2007) je komunikace mezi zdravotníky a pacienty v intenzivní péči zcela specifická a výrazně odlišná od komunikace na jiných pracovištích, protože se zde setkáváme s celým spektrem pacientů, ať už z pohledu obšírnosti diagnóz, závažnosti stavu různých pacientů, hloubkou jejich vědomí či různým stupněm alterace jejich psychického stavu (dezorientace, neklid, agrese aj.). Při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem se můžeme setkat s celou řadou komunikačních bariér, ať už externích (rušivé vlivy z okolí), specifických, které mohou být jak ze strany sestry (nedostatek času, neochota naslouchat, odborná terminologie aj.), tak pacienta (bolest, strach, negativismus apod.), tak i interních, které vycházejí z osobnostních problémů člověka (Mikuláščík, 2010; Tomová, Křivková, 2016). Proto je vždy zásadní zmíněné bariéry cíleně vyhledávat a odstraňovat a najít s každým pacientem vhodnou formu komunikace, a to i případech, kdy neočekáváme zpětnou vazbu z důvodu pacientova stavu, jelikož kladný vztah mezi zdravotníkem a pacientem je utvářen prostřednictvím komunikace (Tomová, Křivková, 2016). *Komunikační styl zdravotníka / sestry* se v rámci podpůrné psychoterapie liší od společenského hovoru, jelikož má určitý záměr a vymezené téma. Pro pacienta je důležitá i tzv. *ventilace* neboli sdělování psychologicky významných obsahů. Základem psychologického působení je zde zážitek, který pacient získá tím, že ho někdo vyslechne a neodsoudí, což mu přinese značnou úlevu (Beran, 2010). Každý zdravotník by měl dodržovat určité zásady jednání a vhodné komunikace s pacientem trpícím bolestí (viz Doporučení pro praxi).
- *Aktivní naslouchání / informovanost* – Bolest je doprovázená řadou negativních emocí, které je možné psychoterapeuticky ovlivnit. Základ vždy tvoří poskytnutí a udržení pocitu

bezpečí a jistoty, který může být ohrožen hospitalizací, nedostatkem informací, obavami z léčebných či diagnostických výkonů, z infaustní diagnózy, prožitku bolesti a také nesoběstačností. Základem je *aktivní naslouchání* a adekvátní komunikace s nemocným, jejíž součástí je i erudované zodpovězení jeho otázek a *dostatek informací* o odborných výkonech, ošetření a léčbě, které jsou doprovázeny bolestí (Kapounová, 2007; Zacharová, 2017). Aktivní naslouchání je projevem zájmu lékaře (zdravotníka) o pacienta. Zahrnuje nejen poslech toho, co pacient říká, ale i jak to říká, sledování jeho mimiky a pohybů, jelikož jen tak je možné poznat skutečný smysl toho, co pacient sděluje (Beran, 2010). Stran informovanosti je vhodné zaměřit se i na orientaci pacienta v čase, místě, ale i zdravotnickém personálu. V rámci možností tedy pacienta seznámit s novým prostředím, ve kterém se nachází, vždy se představit a uvést, v jakém vztahu se k pacientovi dotýčný zdravotník nachází a zajistit, aby měl pacient přehled o denní době či čase, jelikož nepřetržitý provoz oddělení může některé pacienty zmást.

- *Emocionální podpora* – Součástí dobrého vztahu mezi pacientem a zdravotníkem a kontaktu mezi nimi je i haptický kontakt (např. podání ruky, pohlazení, držení za ruku aj.), kterým nemocnému dáváme najevo, že jsme mu nablízku a jeho bolest bereme vážně. Vhodné je i sugestivní působení, kdy nemocného ujišťujeme, že o jeho bolesti víme a snažíme se podpořit jeho sebevědomí (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013), například tím, že podpoříme pozitivní rysy pacientovy osobnosti, poskytneme pozitivní *odezvy* (chvála, ocenění, zájem) a upozorníme ho na jeho nevyužívané schopnosti, čímž ho mnohdy namotivujeme k činnostem, kterým by se jinak vyhýbal (Beran, 2010). Nemocný, který je mnohdy většinu dne na JIP či ARO sám, se potřebuje někomu svěřit, popovídat si o svých problémech a starostech, proto bychom měli takového pacienta vždy s ochotou vyslechnout (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).
- *Dopomoc při rozhodování/ podpora* – V určitých situacích je někdy nezbytné poskytnout pacientovi *podporu* či *radu*. Vždy ale jen do té míry, abychom pacienta povzbudili k jeho vlastnímu rozhodnutí, které by pro něho mělo pozitivní význam. Toho lze dosáhnout podáním dostatku informací, vyjmenováním určitých alternativ či upozorněním na různá hlediska, avšak vždy v rozsahu našich kompetencí. Rady by měly být podávány v obecné rovině, aby podpořily pacientovu zodpovědnost a předcházely závislosti na lékaři, popř. zdravotníkovi (Beran, 2010).
- *Rozptýlení / Odvedení pozornosti* – Jakákoli forma rozptýlení či odpoutání pozornosti od bolesti je pro pacienty velmi přínosná. Pokud to tedy podmínky pracoviště dovolují a pacient si žádá, lze využít poslechu rádia či oblíbené hudby, sledování televize, četbu knihy či časopisu, luštění křížovek, přítomnost blízkých a další (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).
- *Dopomoc při denních činnostech* – Zdravý dospělý člověk je v péči o sebe sama zcela samostatný, neboli soběstačný. Tato schopnost je však u nemocného člověka, zvláště pak takového, který trpí bolestí, z určité části omezena, či zcela chybí, což se může neblaze podepsat na jeho psychickém stavu a celkovém prožívání. Sestra by měla pacientovi pomoci či přebrat péči o ty aktivity, které sám nezvládá, avšak vždy jen v takovém rozsahu, aby podporovala jeho nezávislost v maximální možné míře. Motivace

nemocného a jeho zapojení do péče ho podporuje v nalézání a rozšiřování nového smyslu života, vyplňuje jeho volný čas, posiluje, zlepšuje a udržuje jeho kognitivní a motorické funkce (Kapounová, 2007).

- *Zajištění kvalitního spánku* – Únava může mít nepříznivý dopad na prožívání bolesti, jelikož silněji je bolest vnímána a prožívána, je-li organismus vyčerpán či unaven, popř. člověka doprovází strach z vyšetření, operace, výsledků vyšetření a podobně (Zacharová, 2017).
- *Vytvoření příjemného prostředí* – Vytvoření příjemného prostředí může také pozitivně ovlivnit psychiku pacienta. Pokud to tedy vnitřní předpis oddělení nezakazuje, můžeme nemocnému nabídnout, aby si nechal donést od blízkých například fotografie či obrázky od dětí, talisman aj. a pokoj, nebo alespoň okolí nemocného z části zvelebit.
- *Placebo a Nocebo efekt* – Jde o pozitivní či negativní vliv přesvědčení na symptomy. Rokyta a kol. (2017, str. 135) definuje placebo efekt jako „*léčebnou intervenci bez specifického účinku na příslušnou nemoc nebo její projevy*“. Ayers a De Visser (2015, str. 89) uvádí, že efekt placebo nastává v situaci, kdy člověk dostane falešný lék bez jakékoli aktivní látky a následně hlásí zlepšení stavu. Nejvýraznější efekt placebo je zřetelný u onemocnění či stavů s psychologickými prvky, jako je bolest, deprese, astma nebo nespavost. Vliv na efektivitu placebo mají i jeho vlastnosti. Například aplikace léků do žíly mají lepší účinky než tablety, falešný opiát působí silněji než falešné slabší analgetikum, přesvědčení lékaře/ zdravotníka a jeho pozitivní slovní vyjádření, že lék zabere, může též kladně ovlivnit efekt placebo a podobně. Je důležité brát v potaz i etické otázky. Lidé by měli být povzbuzováni k pozitivním očekáváním či výsledkům, avšak v realistických mezích. Naopak „*efekt noceba nastává v situacích, kdy se u člověka projeví příznaky odpovídající jeho přesvědčení či očekávání, aniž by byl vystaven nějakému patogenu*“.
- K dalším postupům, které pacienti využívají k zvládnutí těžké životní situace (bolesti), lze zařadit *motlitby* nebo *meditace*, vypracování vlastních postupů *řízené imaginace* a odpoutání se od bolesti představou jiných, příjemnějších situací (Janáčková, 2007).

3.3.5. Invazivní metody léčby bolesti

Mezi invazivní metody léčby bolesti lze zahrnout aplikaci anestetik či analgetik epidurálně (před tvrdou plenu), subarachnoidálně (přímo do míšního vaku), nebo přímo ke konkrétním nervům či pletením (tzv. blokády periferních nervů a pletení). Dále je možné využít různé neurochirurgické metody.

4. METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU

Kapitola se zabývá volbou a charakteristikou konkrétní výzkumné metody a technikou sběru dat, které byly využity v této práci. Jsou zde vytyčené cíle realizovaného výzkumu společně s výzkumnými otázkami, dále zahrnuje popis kritérií pro výběr participantů do výzkumného šetření, organizaci samotného sběru dat a jejich následné zpracování a interpretaci.

4.1. Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Hlavním cílem realizovaného výzkumného šetření práce bylo analyzovat management bolesti a roli sestry v léčbě bolesti pomocí nefarmakologických intervencí u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče (popř. oddělení anestezie a resuscitace).

Hlavní výzkumná otázka: Jaká je role sester v léčbě bolesti nefarmakologickými intervencemi u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče?

Dílčí cíl č. 1: Zmapovat pochopení pojmů a znalosti sester o možnostech využití nefarmakologických intervencí při léčbě bolesti u pacientů v intenzivní péči.

Dílčí otázka č. 1: Jaký je rozhled sester v problematice využívání nefarmakologických intervencí při léčbě bolesti u pacientů na oddělení intenzivní péče?

Dílčí cíl č. 2: Analyzovat, jaké konkrétní nefarmakologické intervence v léčbě bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče sestry v klinické praxi realizují nejčastěji.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké nefarmakologické intervence jsou v léčbě bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče realizovány sestrami v klinické praxi nejčastěji?

Dílčí cíl č. 3: Analyzovat názory sester na efektivitu konkrétní nefarmakologické intervence realizované sestrami v léčbě bolesti pacientů hospitalizovaných na odd. intenzivní péče.

Dílčí otázka č. 3: Jaké postupy / techniky realizované při léčbě bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče vykazují dle subjektivního hodnocení sester nejlepší výsledky pro pacienty obecně (bez ohledu na konkrétní diagnózu)?

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat faktory/ aspekty mající vliv na využití nefarmakologických intervencí v léčbě bolesti u pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče sestrami a dalšími členy multidisciplinárního týmu.

Dílčí otázka č. 4: Jaké faktory ovlivňují využívání nefarmakologických intervencí v léčbě bolesti pacientů v intenzivní péči sestrami a dalšími členy multidisciplinárního týmu?

Dílčí cíl č. 5: Analyzovat zdroje poznatků sester o možnostech využití nefarmakologických intervencí v léčbě bolesti používaných sestrami u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče.

Dílčí otázka č. 5: Z jakých zdrojů získávají sestry své poznatky o využívání nefarmakologických intervencí při léčbě bolesti u pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?

Dílčí cíl č. 6: Zmapovat stávající vzdělávací potřeby sester o problematice využití základních nefarmakologických intervencí v léčbě bolesti používaných sestrami u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče.

Dílčí otázka č. 6: Jsou stávající zdroje informací o využití nefarmakologických intervencí sestrami v léčbě bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče pro sestry dostačující?

4.2. Charakteristika výzkumné metody

Pro realizaci výzkumného šetření byla na základě předchozího studia odborné literatury, a to jak článků, tak monografií, zvolena metoda kvalitativního šetření, jelikož umožňuje prozkoumat danou problematiku dostatečně do hloubky. Creswell definuje kvalitativní výzkum jako: „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociologického nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell In Hendl, 2005, s. 50).

Výhodou této metody je i její pružnost, jelikož umožňuje výzkumníkovi různě modifikovat či doplňovat v průběhu jeho zkoumání (sběru dat) výzkumné otázky, čímž mu umožňuje získat podrobný (hloubkový) popis či vhled do zkoumané problematiky. Zároveň tím, že je výzkumník v přímé interakci s informantem, umožňuje tato metoda zohlednit působení kontextu, lokální situaci a podmínky (Hendl, 2005). Hlavním úkolem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, pochopit, jak on vidí věci či situace a posuzuje určité jednání. Každý člověk je jedinečný, proto se má zkoumat hlavně holisticky, vcelku. Cílem tedy není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního problému a objevení nových souvislostí, které se kvantitativním výzkumem nedají zjistit (Gavora, 2000).

4.2.1. Technika sběru dat

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů a jednoho rozhovoru se dvěma sestrami současně. Počátečním záměrem bylo sběr dat provést pomocí dvou skupinových rozhovorů, což se z hlediska časové a organizační náročnosti nezdařilo. Z toho důvodu bylo přistoupeno k individuálním rozhovorům, jejichž přínosem však byla větší otevřenost i kritičnost sester vůči sobě samým, ostatním členům multidisciplinárního týmu, či dané problematice.

Interview je nejsložitější, ale současně nejefektivnější metoda pro získání kvalitativních dat (Miovský, 2006). Hendl označuje vedení rozhovoru za „*učení i vědu*“ zároveň, jelikož vyžaduje nejen určité dovednosti, ale i citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění, ale také zkušenosti (Hendl, 2005, s. 166). Zásadou dobrého rozhovoru je pozorování. Mimo extrospekci (pozorování vnějších projevů člověka) je důležitá i sebereflexe a schopnost tazatele projevit v průběhu rozhovoru své pocity, což přispívá k vytvoření důvěrnějšího vztahu mezi tazatelem a dotazovaným a zvyšuje motivaci dotazovaného (Miovský, 2006). Vhodné je věnovat v úvodu

rozhovoru pár chvil k namotivování a zaujetí účastníka výzkumu, odstranění obav a posílení jeho sebedůvěry (Gavora, 2000). Důležité je též správné pořadí otázek, kdy postupujeme od neproblémových k více složitým, při kterých se snažíme získat již konkrétní informace, názory, pocity apod. V této fázi již má být navozena atmosféra důvěry (Hendl, 2005).

Pro získání potřebných dat do empirické části bylo využito vedení rozhovoru technikou tzv. *polostrukturnovaných rozhovorů*. Dle Miovského (2006) spojuje tato technika výhody jak nestrukturnovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Tazatel si dopředně připraví určité schéma rozhovoru, které specifikuje okruhy otázek, čímž může během rozhovoru pružně měnit pořadí těchto okruhů, pokládat doplňující otázky a inquiry (tzn. upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka; ověření, že výzkumník správně pochopil odpověď informanta). U polostrukturnovaných rozhovorů máme tedy tzv. jádro rozhovoru, čímž má tazatel jistotu, že budou probírána všechna potřebná témata.

4.3. Organizace výzkumného šetření

Sběr dat probíhal v období od července 2017 do února 2018 pomocí nestandardizovaných polostrukturnovaných rozhovorů. Na počátku výzkumu byly vytipovány sestry splňující kritéria výběru (viz níže), které byly následně osločovány, a pokud souhlasily s účastí ve výzkumném šetření, bylo přistoupeno k realizaci rozhovoru. Sběr dat pokračoval až do doby, než bylo dosaženo teoretické saturace.

Během všech zrealizovaných rozhovorů byl pořizován audiozáznam, aby bylo možné rozhovory následně doslovně přepsat, a předešlo se tak ztrátě důležitých informací. Aby byla zajištěna anonymita jednotlivých informantek, měl k nahrávkám přístup pouze hlavní výzkumník. Současně byla v prepisech změněna jména informantů.

Rozhovory probíhaly ve volném čase informantů, mimo zařízení nemocnic v klidném prostředí, bez přítomnosti jiných osob. Informanti odpovídali na předem připravené otázky (viz příloha č. 4), které se zaměřovaly na povědomí účastníků o možnostech využití nefarmakologických intervencí v rámci managementu bolesti na oddělení JIP/ ARO, zkušenosti a názory na jednotlivé intervence, jejich efektivitu, využitelnost v rámci JIP/ ARO apod. V průběhu rozhovoru bylo pořadí otázek dle potřeby měněno, byly pokládány doplňující otázky, aby bylo zajištěno co nejvíce informací. Na konci rozhovoru byla informantkám předložena vypracovaná tabulka (viz příloha č. 5) se seznamem nefarmakologických intervencí, které lze při tlumení bolesti na oddělení JIP/ ARO využít. Následně jsme společně ještě shrnuly, které intervence dotyčné zmínily, které užívají nejčastěji, které vnímají jako efektivní a zároveň se mohly k jednotlivým metodám podrobněji vyjádřit a zmínit své zkušenosti.

Aby byla splněna i etická stránka výzkumu, byli všichni informanti předem poučeni o záměrech, průběhu a okolnostech výzkumu a následném zpracování získaných informací do diplomové práce. Zároveň byli poučeni o možnosti odstoupit z výzkumu v jakékoli jeho fázi a o zajištění jejich anonymity při následném zpracování získaných informací. Po poučení všech zúčastněných a před samotným rozhovorem byl získán jejich písemný (informovaný) souhlas, který je uveden v příloze č. 6.

4.3.1. Charakteristika souboru informantů

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 8 informantů z řad zdravotních sester pracujících na různých typech JIP a ARO (Tabulka č. 2). Informanti byli do výzkumného šetření zařazeni na základě záměrného výběru. Podstatou této metody je, že jsou osloveni pouze ti informanti, kteří splňují předem daná kritéria pro zařazení do výzkumu. Kritéria výběru byla následující:

- způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dle Zákona č. 96/ 2004 Sb.);
- práce na oddělení intenzivní péče (popř. ARO) min. 5 let;
- zkušenost s péčí o pacienty s bolestí;
- ochota podílet se na výzkumném šetření.

Tabulka č. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

INFORMANT ¹	DÉLKA PRAXE	ODD.	POČET PACIENTŮ NA SESTRU	TYP AKUTNÍ BOLESTI	ABSOLVOVANÉ KURZY (TÝKAJÍCÍ SE BOLESTI)
1 (Bc., PSS) Helena	8 let	CHIR JIP	1-3	Pooperační, pourazová	Žádné
2 (Bc., PSS) Miriam	9 let	CHIR JIP	1-3	Pooperační, pourazová	Žádné, studující Bc. obor ošetrovatelství (v rámci některých předmětů probírána problematika bolesti)
3 (Bc.) Simona	18 let	ARO	1-2	Pooperační, pourazová	Žádné
4 (Bc.) Iveta	5 let	ARO	1-2	Pooperační, pourazová	Žádné
5 (Bc., PSS) Natálie	9 let	CHIR JIP	1-2	Pooperační, pourazová	Kurz bazální stimulace, studující Mgr. obor intenzivní péče (v rámci některých předmětů probírána problematika bolesti)
6 (Mgr.) Diana	9 let	NEUROCHI R. JIP	1-3	Pooperační, z důvodu vlastního onem.	Žádné
7 (Mgr.) Žaneta	5 let	NEUROLO G. JIP	2-3	Z vlastního onem. (nejčastěji bolesti hlavy), pourazová	Žádné
8 (Bc.) Karolína	8 let	CHIR JIP, KARDIO. JIP	1-3	Pourazová, pooperační	Žádné

Zdroj: Autor textu

4.4. Analýza získaných dat

Úvodní fáze zpracování získaných dat a jejich příprava pro následnou analýzu spočívala v doslovné transkripci rozhovorů z nahraných audiozáznamů do textového procesoru Microsoft Office Word. Jednotlivé opisy rozhovorů byly opakovaně autorkou práce pročitány, analyzovány a byly vyhledávány významově důležité části, které byly barevně označeny a opatřeny příslušným kódem – tzv. otevřené kódování. Následně byly mezi jednotlivými kódy (částmi textu) vyhledávány určité spojitosti, aby bylo možné jejich vzájemné propojení do větších celků, tzv. kategorií, popř. subkategorií – tzv. axiální kódování (Strauss, Corbin, 1999). Aby byla orientace v textu a vzniklých kategoriích přehlednější, byly rozčleněny pod jednotlivé kapitoly, kdy každá z nich reprezentuje jednu z výzkumných otázek (viz Tabulka č. 3). Účastnice výzkumu měli možnost opisy svých rozhovorů pročíst, čímž zároveň docházelo ke kontrole transkripce samotnými informantů.

Tabulka č. 3 Schéma vzniklých kategorií a subkategorií a jejich rozčlenění do kapitol

KAPITOLY				
INFORMAČNÍ ZDROJE A KOMPETENCE SESTER (DVO 6)	KONCEPTUALIZACE ZÁKLADNÍCH POJMŮ A PŘÍSTUPŮ (DVO 1)	LIMITUJÍCÍ A MOTIVUJÍCÍ FAKTORY (DVO 4)	INTERVENCE ČÍSLO JEDNA (DVO 2, 3)	VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY SESTER (DVO 5)
KATEGORIE A SUBKATEGORIE				
KAT. 1: Zdroje informací a) Sub.: Co nám škola (ne)dala b) Internet jako hlavní zdroj informací KAT. 2: Kompetence sester aneb „abych dala obklad, nemusím mít vysokou školu“	KAT. 3: Orientace v základní terminologii a) Význam bolesti pro sestru b) „všechno možný“ jako management bolesti KAT. 4: Postoje a přístupy sester k bolesti a její léčbě a) Přístup sester k pacientům s bolestí aneb od respektu k bagatelizaci b) Holistický přístup versus převažující biomedicínský model c) Nereflektovaná praxe KAT. 5: Jak se ptát, zjišťovat, vyhodnocovat a zaznamenávat bolest a) Hodnocení a záznam intenzity bolesti u pacientů při vědomí b) Hodnocení a záznam intenzity bolesti v obtížných situacích c) Hodnocení a záznam intenzity bolesti po aplikaci NFI	KAT. 6: Překážky pro uplatnění NFI v praxi a) Překážky v poskytování NFI ze strany sestry/ zdravotníka b) Překážky v poskytování NFI ze strany pacienta c) Překážky v poskytování NFI ze strany managementu/ organizace chodu oddělení KAT. 7: Odstraňování bariér ve využívání NFI a) Pozitivní zpětná vazba a potřeba seberealizace b) Multidisciplinární spolupráce c) Kombinace postupů (za účelem zvýšení efektivity NFI, využití jako komplementární postupy)	KAT. 8: Atributy efektivní nefarmakologické intervence KAT. 9: Nefarmakologické intervence v praxi a) Nejčastěji realizované NFI v managementu bolesti b) Nejeefektivnější intervence v managementu bolesti	KAT. 10: Jaké informace sestry postrádají, požadují, potřebují

Zdroj: Autor textu

5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Ne vždy bylo jednoznačné, kam určité kategorie zařadit, jelikož na jejich obsah může být nahlíženo z více úhlů pohledu. I přesto, že jsou tedy kategorie rozčleněny, je důležité na celý text nahlížet komplexně. Pro podložení některých zjištění je text doplněn o konkrétní výroky jednotlivých sester. Některé z těchto **výpovědí byly pro lepší plynulost a srozumitelnost textu stylisticky upraveny, avšak s maximální opatrností, aby byl zachován původní význam a kontext výroků.**

Obrázek č. 2 Grafická vizualizace vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií

Schéma znázorňuje provázanost jednotlivých sub/kategorií konstituovaných na základě analýzy dat, včetně naznačení souvztažností, kdy je centrálním pojmem (kategorií) role sestry.



Zdroj: Autor textu

5.1. Informační zdroje a kompetence sester pro aplikaci NFI (DVO 5)

Sestra zastává v rámci managementu bolesti u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče, popřípadě ARO nezastupitelnou roli. V kompetencích sestry je nejen řádné plnění ordinací lékaře, ale i poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče směřující k úlevě od bolesti, jejíž součástí by měla být i aplikace nefarmakologických intervencí.

5.1.1. KATEGORIE 1: Zdroje informací

Kategorie 1 prezentuje zjištění týkající se různých informačních zdrojů, ze kterých sestry získávají potřebné informace o využití nefarmakologických intervencí v rámci managementu bolesti na pracovištích IP/ ARO. První subkategorie předkládá názory sester na rozsah a kvalitu výuky této problematiky v průběhu středoškolského a pregraduálního/kvalifikačního vzdělávání. Druhá subkategorie prezentuje ostatní informační zdroje, které jsou sestrami využívány.

a) Subkategorie: Co nám škola (ne)dala

Stěžejním poskytovatelem informací o řešené problematice by měly být v první řadě vzdělávací instituce, které připravují sestry k výkonu povolání. Ty by měly studentům předat nejen dostatek informací o dané problematice, ale i podporovat v budoucích sestrách kladný postoj a přístup k využívání nefarmakologických intervencí. Jak uvádí o nefarmakologických metodách a hlavně o vhodném psychologickém přístupu Beran (2010), jde mnohdy o jednoduché a samozřejmé věci a vzniká dojem, že není třeba se jim učit, nebo že by je dokázal každý, pokud by měl čas. Tato představa je však mylná a většina budoucích zdravotníků si tyto dovednosti musí osvojit studiem a praxí. Většina informantek se ve svých odpovědích shodovala, že je výuka léčby bolesti zaměřující se na využívání nefarmakologických intervencí v rámci managementu bolesti dle jejich zkušeností spíše nedostatečná.

Jako jeden z hlavních problémů zmiňují informantky **nevhodnou formu výuky**, neposkytující ucelený pohled na bolest a její léčbu, respektive využití jednotlivých intervencí. Jednotlivé metody jsou probírány v rámci několika předmětů, mnohdy i s velkým časovým odstupem, tudíž je vzájemná integrace znalostí a dovedností obtížná. Zmiňovány byly předměty jako psychologie, onkologie, ošetrovatelství, rehabilitace nebo gynekologie. Asi nejvýstižněji o této „rozštěpenosti“ výuky hovoří sestra Miriam. Zároveň vzpomíná i na střední školu a uvádí: „*Na střední škole jsme probíraly nefarmakologickou léčbu bolesti jen okrajově, nebylo to nijak do hloubky. Na vysoké to bylo více do hloubky. V rámci určitých předmětů jsme absolvovaly přednášky o bolesti. Například v gynekologii v rámci porodnictví. Tam asi nejvíce. A v onkologii. V porodnictví to byla aromaterapie, masáže. V onkologii se zaměřují na psychiku, v rámci hospicové péče je individuální režim péče, přítomnost rodiny.*“ Z trochu jiného úhlu na tento problém nahlíží sestra Diana, která říká: „*Občas byla nějaká zmínka například o polohování nebo psychologickém přístupu, ale aby to bylo nějak uceleně k léčbě bolesti, to ne.*“

Jako další z nedostatků výuky též sestry shodně uváděly, že jak na střední, tak na vysoké škole byla vždy **primárně a podstatně rozsáhleji probírána farmakoterapie** a využití nefarmakologických intervencí bylo zmiňováno spíše okrajově. Je potěšující, že sestry tento fakt vnímají negativně a plně si uvědomují, že právě nefarmakologické intervence by mohly/ mohou v mnohých případech

provádět samy bez ordinace lékaře, tudíž by jim měla být v rámci výuky věnována stejná pozornost jako farmakoterapii. Velice výstižně toto popisuje tvrzení sestry Simony. „*Já už si moc nepamatuji, jak do hloubky jsme nefarmakologické možnosti léčby probíraly. Asi tedy moc ne. Určitě by se ale mělo, když to poté může sestra realizovat sama, měla by znát indikace a kontraindikace jednotlivých nefarmakologických intervencí.*“ Velice často jsem se ve výpovědích setkávala s tvrzením, že si sestry již nevzpomínají, jak výuka probíhala a jaké konkrétní informace jim byly poskytnuty k nefarmakologické léčbě bolesti. Lze usuzovat, že tato nevědomost potvrzuje jejich slova o nevhodné či nedostatečné hloubce a kvalitě výuky těchto technik.

Sestrám též chyběla od vyučujících větší podpora k samostatnosti a realizaci vlastních intervencí při péči o pacienta s bolestí a jejím tlumení. Mnohdy byly odkazovány na to, aby „**plnily hlavně ordinace lékaře**“ (z výroku sestry Žanety). Což je samozřejmě nesporný fakt, ale sestra by neměla být jen pouhým vykonavatelem lékařských ordinací, ale i samostatně pracujícím členem týmu, který vykonává nezávislé činnosti/ intervence v rámci ošetrovatelského procesu. Například během doby, než začnou podaná analgetika účinkovat, by se mohla sestra pomocí nefarmakologických intervencí pokusit udržet, popřípadě i zmírnit intenzitu bolesti. Jednou ze sester, která se s takovým přístupem setkala, je sestra Žaneta, což dokládá její výrok o studiu, kdy uvádí: „*Na škole jsme to probíraly jen letem světem [metody nefarmakologického tlumení bolesti, poznámka M.H.]. Hlavně řešení úlevových poloh, terapie teplem nebo chladem. Ale vždy bylo v závěru řečeno, že máme postupovat dle ordinací lékaře.*“

Významnou roli zastávají **vyučující** a jejich pohled a přístup k nefarmakologickým intervencím. Pouze jedna ze sester měla velmi pozitivní zkušenost s formou výuky, a to právě díky přístupu vyučující, která byla značně proaktivní ve využívání nefarmakologických metod při péči o pacienty s bolestí. I během rozhovoru bylo patrné, že má o těchto technikách mnohé vědomosti i přesto, že pregraduální vzdělání (Bc.) ukončila již před 10ti lety.

Jaký vliv může mít nedostatečné vzdělání na využívání nefarmakologických intervencí v praxi, bude prezentováno v kapitolách Nereflektovaná praxe a Překážky v poskytování nefarmakologických intervencí ze strany sestry.

b) Subkategorie: Internet jako hlavní zdroj poznatků

Z předchozího textu vyplývá, že většina sester si ze svých studií neodnesla mnoho informací o nefarmakologických intervencích a jejich užití u pacientů s bolestí. I přesto však má většina z nich k nefarmakologickým metodám kladný vztah, o čemž svědčí i jejich **vlastní iniciativa** ve vyhledávání si informací o těchto metodách. Je velmi pozitivní, že i v této době, kdy jsou sestry často přepracované, jeví stále ještě zájem o nové vědomosti či poznatky a ve svém oboru se chtějí stále zdokonalovat. Dalo by se argumentovat, že celoživotní vzdělávání, obnovování a prohlubování si vědomostí je dáno zákonem (Zákon č. 96/2004), avšak jeho novelou skončil k 1. 9. 2019 „sběr kreditů“, který ve své podstatě sloužil jako důkaz, že k průběžnému vzdělávání skutečně dochází.

Asi nejčastěji sestry uváděly jako hlavní zdroj informací **internet**. O tomto hovoří například sestra Iveta: „*Je to víceméně jenom internet, nebo co si sama najdu v nějakých učebnicích, nebo co mě někde zaujme.*“

Důležitou roli zde hrají i **informace od kolegyň**. Sestry získávaly potřebné informace v rámci adaptačního procesu při nástupu do zaměstnání. V tomto směru bych zmínila, že množství informací, jež se sestrám absolventkám dostane, závisí převážně na osobnosti školitelky (mentorky) a jejích vědomostech. Záleží však i na výše zmíněné kvalitě vzdělávací instituce a přístupu, zájmu, vlastnostech aj. příchozí sestry (srov. Zuzáková, 2008). Sestry také čerpají z **vlastních zkušeností**, což objasňují slova sestry Diany: „*Určitě i osobní zkušenosti, když se mi něco osvědčí, tak se to snažím aplikovat i u dalších pacientů.*“

Jako další zdroj poznatků lze zmínit i **zaměstnavatele**. Ten však v rámci rozhovorů nebyl explicitně zmiňován žádnou informantkou a sestry o informacích, které jim poskytuje zaměstnavatel o této problematice, hovořily až na dotázání. K dispozici mají standardy, které se zabývají převážně jen farmakoterapií, správným hodnocením a sledováním bolesti. Například sestra Natálie říká: „*Ze strany zaměstnavatele, to jsou pouze standardy. Ale tam o nefarmakologických intervencích nic není. Je tam pouze stupnice WHO na aplikaci analgetik a jak máme postupovat při konkrétním VASu (vizuální analogová škála).*“ Ze strany zaměstnavatele jsou nabízeny různé druhy seminářů či konferencí, avšak ani jedna ze sester si nevzpomíná, že by někdy byla osobně, nebo slyšela o semináři, který by se zabýval využitím nefarmakologických intervencí v managementu bolesti, natož pak specificky v kontextu IP/ ARO. Sestra Miriam vzpomněla i na pacienty a uvedla, že ani jim nejsou o této problematice poskytovány lékařem žádné informace, například v rámci podpisu různých „informovaných souhlasů“, či z různých prospektů, které jsou pacientům na oddělení k dispozici, a vše je pouze o sesterské edukaci.

5.1.2. KATEGORIE 2: Kompetence sester aneb „abych dala obklad, nemusím mít vysokou školu“

Téměř každá sestra při otázce na kompetence sester uvedla jako první legislativní rámec. Ani jedna z dotazovaných **nemá pocit, že by byla zákonem** při aplikaci nefarmakologických intervencí, jež jsou proveditelné v rámci intenzivní péče (viz kategorie Nefarmakologické intervence v praxi) výrazným způsobem **limitována**. Získání oprávnění k výkonu povolání všeobecné sestry dle legislativy – definováno zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, shledávají sestry jako dostatečné pro využívání nefarmakologických metod (viz výrok sestry Heleny: „*Abych dala obklad, nemusím mít vysokou školu.*“). Nezanedbatelný přínos však vidí sestry v kurzu, který by se zaměřoval na využití těchto technik specificky v rámci intenzivní péče, a poskytl tak komplexní pohled na řešenou problematiku. „*Speciální vzdělání by asi nemuselo být. Určitě by si ale sestry měly projít speciálními kurzy, aby věděly, kdy a jak správně určité intervence použít,*“ vysvětluje sestra Žaneta.

Z profesního hlediska sestry vnímají jako zásadní zejména **zkušenosti z praxe a dostatek vědomostí** o samotných nefarmakologických intervencích, ale i bolesti obecně, jejím monitoringu a hodnocení její intenzity. Je logické, že pokud nebudou sestry schopné kompetentně diagnostikovat přítomnost bolesti, nebudou moci ani využívat tyto techniky ke snižování její intenzity. O potřebných vědomostech a zkušenostech hovoří například sestra Diana: „*Je důležitá délka praxe, ale i vzdělání, aby sestry měly nějaké povědomí o tom, že nějaké nefarmakologické intervence existují. Samozřejmě ne všichni vědí všechno, nebo si určitě ne u všeho uvědomují, že tím můžou nějakým způsobem ovlivnit bolest.*“ Zároveň byl zmiňován i fakt, že sestra by měla mít

dostatek klinických znalostí o nemocech či výkonech, které se na daných odděleních vyskytují, aby mohla pacientům podávat dostatek relevantních informací. Tím může zmírnit strach, stres, úzkost či prožitek bolesti, které mohou být nevědomostí potencovány. Dle Zacharové (2008) je velmi důležité, aby sestra budila v nemocném důvěru svými odbornými znalostmi. Helena ve své výpovědi zmiňuje mimo teoretických znalostí a zkušeností z praxe i potřebu určitých **praktických dovedností**: „Pokud chci s tím člověkem mluvit třeba o jeho nemoci, měla bych o ní určitě něco vědět. Dobré je, když má člověk i nějaké zkušenosti z praxe, protože občas chtějí lidé vědět, co s nimi bude dál, jak to zvládají ostatní pacienti s touto nemocí nebo po této operaci. A aby věděla, kde a jak toho pacienta správně uchopit, aby se nenadřela a pacient neměl ještě silnější bolesti.“

Další důležitá dovednost, která byla analyzována a kterou by sestra pro vhodné využití nefarmakologických intervencí měla ovládat, je **komunikativnost a dovednost komunikace** s pacienty v různých složitých situacích (například u pacientů nespolupracujících, verbálně agresivních, umírajících apod.). Tyto dovednosti jsou jednou ze známek profesionality sestry.

Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že by měly sestry vykonávající tuto profesi a využívající nefarmakologické intervence disponovat i určitými charakterovými vlastnostmi, a to hlavně patřičnou dávkou **empatie**, která se spolupodílí na utváření postojů sester k bolesti. Sestry tuto schopnost chápou jako „*vcítění se*“ do pacienta, jeho problémů a „*pochopení a respektování*“ jeho chování, ať je vůči personálu příjemné či nikoli. Současně si uvědomují, že pro kvalitní ošetrovatelskou péči je empatie naprosto nezbytná. Sestry informantky se domnívají, že touto schopností disponují, avšak zmiňují, že každá má ve svém týmu minimálně jednu sestru, která zmiňovanou schopnost již pozbyla, nebo jí nikdy nedisponovala. Nedostatek empatie ze strany sestry poté vnímají negativně nejen pacienti, ale i sestry samotné.

V případech, kde kompetence sester končí, ať už z důvodů daných zákonem, tak i vědomostních či dovednostních omezení, neváhají se poradit s lékařem nebo například s fyzioterapeutem a eventuálně jim provedení určité intervence přenechat (například podávání informací, speciální masáže, cvičení apod.), což svědčí o dobré multidisciplinární spolupráci (více viz kategorie „Odstraňování bariér v používání nefarmakologických intervencí v praxi“). Hlavní omezení ve svých pravomocích vnímají sestry v aplikaci placebo či podávání klinických informací, které patří do kompetencí lékaře.

5.2. Konceptualizace základních pojmů a přístupů sester v managementu bolesti u pacientů v intenzivní péči (DVO 1)

Kapitola předkládá kategorie vysvětlující, jak sestry rozumí základním pojmům týkajícím se řešené problematiky (KATEGORIE 3). Hloubka a kvalita znalostí/ dovedností/ vědomostí informantek o této problematice, je přímo ovlivněna fakty prezentovanými v kategorii č. 1, tedy zejména kvalitou výuky a zkušenostmi z praxe. Současně to, jakým způsobem sestry jednotlivým termínům rozumí a jak jsou schopné tyto vědomosti aplikovat v praxi, je jeden z faktorů, který přímo ovlivňuje jejich přístup/ postoj k pacientům s bolestí a následné využívání různých metod či technik pro zmírnění či odstranění bolesti (KATEGORIE 4). Součástí této kapitoly je i kategorie shrnující, jakým způsobem sestry monitorují a zaznamenávají intenzitu bolesti (KATEGORIE 5) a praktickou aplikaci nefarmakologických intervencí u pacientů.

5.2.1. KATEGORIE 3: Orientace v základní terminologii

a) Subkategorie: Význam bolesti pro sestru

O bolesti hovořily sestry celkem pohotově a jistě. Z jejich výroků bylo patrné, že se s bolestí setkávají denně. Bolest vnímají jako určitý **varovný signál** a pro pacienta **nepříjemný prožitek**, který může mít neblahý vliv nejen na fyzický a psychický stav, ale může ovlivňovat i sociální determinaci člověka a kvalitu jeho života. Jak bylo uvedeno v kapitole 2.6.1, může bolest zasahovat i do **duchovní roviny**. Ani jedna ze sester informantek však v rámci rozhovoru nezmínila vliv bolesti na tuto oblast. Zda duchovní dimenzi nepřikládají sestry takový význam, nebo si během rozhovoru na tuto skutečnost nevzpomněly, se mi nepodařilo zjistit. Sestry si současně uvědomují, že bolest je velmi **subjektivní vjem, na jehož prožitku a prezentaci se podílí řada proměnných**, jako:

- **Druh či rozsah operačního výkonu** či jiné lékařské/ošetrovatelské intervence, což ve své výpovědi zmiňuje například sestra Žaneta: *„Záleží taky na velikosti a umístění operační rány. Je i poměrně rozdíl, zda je operováno laparoskopicky, nebo klasicky.“*
- Sestra Helena zmiňuje **práh bolesti**, kdy uvádí: *„Každý bolest prožívá jinak, každý má nějaký svůj práh bolesti.“* Práh bolesti je v literatuře vysvětlován jako intenzita podnětů, které jsou třeba, aby člověk cítil bolest (Kolektiv autorů, 2006). Je obdobný u většiny lidí bez ohledu na jejich kulturu, pohlaví nebo rasu (Ayers, De Visser, 2015). Sestra Karolína zmiňuje **toleranci k bolesti** a říká: *„U každého je to individuální, záleží na schopnosti člověka snášet bolest nebo s ní pracovat.“* Toleranci bolesti lze chápat jako trvání a intenzitu bolesti, kterou je člověk schopen akceptovat, než si začne otevřeně stěžovat na bolest (Kolektiv autorů, 2006). Na rozdíl od prahu bolesti se tolerance bolesti velmi liší u jednotlivých lidí, kultur a situací (Ayers, De Visser, 2015).
- Na vnímání/prožívání bolesti se může dle sester podílet i **osobnost jedince**. Sestry uváděly, že postoj pacienta k bolesti má velký vliv na vzájemnou spolupráci a možné využití nefarmakologických intervencí, jelikož *„někdy si ti lidé prostě nechtějí nechat pomoci jiným způsobem, chtějí pouze léky a víc už se s tebou nechtějí bavit...natož něco zkoušet.“*
- Další proměnnou, která byla analýzou dat identifikována, je **věk** (viz kapitola 2.7.).
- Mimo výše uvedené proměnné, které se na prožitku a vnímání bolesti podílí, reflektují některé sestry i kontextuální proměnné, a to hlavně samotné **prostředí JIP/ ARO**. V souvislosti s prostředím intenzivní péče bylo sestrami identifikováno několik konkrétních **stresorů**, jako například hluk, narušení biorytmu, agresivní osvětlení, „sterilita“ prostředí, odloučení od rodiny, ale například i přemíra personálu při některých úkonech. Právě z výše zmíněných stresorů se odvíjí mnohé nefarmakologické intervence, které mohou pozitivně ovlivnit psychický stav nemocného. Blíže proto budou komentovány v rámci kategorií „Překážky v poskytování nefarmakologických intervencí“ a „Nefarmakologické intervence v praxi“.

b) Subkategorie: „všechno možný“ jako management bolesti

Zajímavým zjištěním v této subkategorii, jejíž název vznikl in vivo, je jistě fakt, že převážná většina informantek termín „management bolesti“ slyšela poprvé ode mě během rozhovoru, či jeho přesný význam nezná. To bude pravděpodobně důvodem, proč většina sester vysvětlovala primárně tento termín v celkem omezeném rozsahu, a to hlavně v kontextu s léčbou, respektive jako aplikaci farmakologických či nefarmakologických intervencí. Informantky odpovídaly většinou nejistě a o odpovědi delší dobu přemýšlely. V konečné fázi, kdy byly sestry nabádány k rozvedení svých odpovědí, se mi podařilo získat celkem relevantní informace. Sestry následně pod tento termín zahrnuly nejen léčbu bolesti s využitím různých technik, ale i činnosti zabývající se samotnou diagnostikou, monitoringem bolesti a edukací pacientů. Pro představu uvedu několik výpovědí.

Sestra Simona, která pracuje na ARO společně se sestrou Ivetou (a společně též absolvovaly tento rozhovor) po chvíli rozmyšlení nad diskutovaným termínem nejistě uvádí: *„Zahrnula bych pod management bolesti vše okolo. Hodnocení bolesti u pacienta, sledování bolesti, podávání analgetik a jiné metody tišení bolesti.“* Poté se odmlčí a slova se ujímá sestra Ivetta, která dodává: *„Já tedy termín management bolesti taky nikdy neslyšela, ale představuju si pod tím něco podobného. Možná ještě zapojení pacienta, jeho poučení, strategie zvládnání bolesti a tak.“* Sestra Miriam jako jedna z mála odpovídá téměř okamžitě a bez rozmyšlení a jako nezastupitelnou součást managementu bolesti označuje hlavně řádnou edukaci pacienta. Říká: *„Jednak edukaci o bolesti, edukaci o analgetické terapii, edukaci o analogové vizuální škále a prostě pravidelné kontrolování, sledování bolesti.“* Pro změnu však zapomíná na samotnou léčbu. Sestra Helena také nikdy neslyšela přesnou definici tohoto výrazu, a proto byla její odpověď v prvopočátku velmi strohá: *„Je to asi všechno možné, čím nějakým způsobem ovlivníš bolest.“* Z její další výpovědi bylo však zřejmé, že pod tento termín zahrnuje pouze léčbu.

5.2.2. KATEGORIE 4: Postoje a přístupy sester k bolesti a její léčbě

Analýzou dat bylo zjištěno, že **vlastní zkušenosti sester s bolestí či některým výkonem** mohou ovlivnit následný přístup k pacientům s bolestí, ale i k využívání nefarmakologických intervencí. Tyto zkušenosti se mohou v následném ošetřování nemocných odrážet pozitivně, kdy sestry s pacienty více soucítí: *„Poté, co jsem byla na apendektomii, už netrvám na tom, aby se lidé hned první den po operaci polohovali, protože sama jsem měla co dělat a měla jsem velké bolesti.“* V opačném případě mohou zapříčiňovat i sklon k bagatelizaci, kdy dotýčný zdravotník zvládne určitý výkon téměř bez bolesti a sám pak očekává obdobné reakce a chování u pacientů.

Na postoje sester k projednávanému tématu je možné nahlížet z různých úhlů pohledu. Proto jsem tuto kategorii rozčlenila do několika subkategorií, které se budou individuálně zabývat přístupem sester k bolesti a její léčbě.

a) Subkategorie: Přístup sester k pacientům s bolestí aneb od respektu k bagatelizaci

Sestry, účastníci se výzkumného šetření, se snaží během ošetřování pacientů pracovat dle svého nejlepšího uvážení a neprodlužovat vědomě bolest a s ní spojené utrpení. Sestra Karolína se snaží v případě odhalení bolesti pracovat rychle a efektivně s využitím všech možných prostředků,

jelikož uvádí, že „by pacienta v dnešní době s tolika možnostmi, neměla nechat trpět.“ Podobný názor zastává i sestra Simona, říká: „Pracujeme podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Žádného pacienta by nemělo nic bolet. Od toho si myslím, že tam jsem, abych to zařídila s léky, nebo bez nich.“ To svědčí o **soucenné péči** a vzhledem k délce praxe všech dotazovaných sester je to vlastně velmi potěšující zjištění. Zároveň lze hovořit o další strategii, kterou sestry používají a ke které jsou vedeny již v rámci kvalifikačního vzdělávání, kde jsou nabádány k důsledné přípravě a kontrole všech pomůcek před každým bolestivým výkonem. Nezřídka provádí sestry určité **úkony nad rámec svých povinností**, kdy pacientům pouští například hudbu ze svých vlastních telefonů, půjčují jim svoje knihy apod., jen aby jim alespoň trochu ulevily či jim zpříjemnily pobyt na oddělení.

V rámci této subkategorie jsem se setkala i s projevy **respektu a úcty, trpělivosti a empatie** k pacientům a jejich projevům bolesti, což je určitě také známkou kvalitní a humánní péče, kterou sestry participující na výzkumném šetření pacientům poskytují. Uvedu výrok sestry Natálie, která popisuje svůj přístup k pacientům s bolestí a říká: „Přístup k pacientům s bolestí je mnohdy trochu jiný, řekněme citlivější. Často naše pacienty trápí opravdu silné bolesti, od kterých se někdy nemohou odpoutat a neustále o nich mluví, i když se třeba sestra snaží odpoutat řeč jiným směrem. V tomto případě je nutné pacienta vyslechnout, snažit se ho pochopit a vyhovět jeho požadavkům ohledně třeba manipulace s ním, rehabilitace a třeba i dávkování léků...Důležité je respektovat i pacientovu zkušenost s bolestí. Jen on ví, jaká je jeho bolest.“

Současná personální situace na mnohých pracovištích není optimální a dochází k vysoké fluktuaci sester, které jsou mnohdy přepracované a vyčerpané. Mohlo by tak docházet k přehlížení potřeb nemocných, určité rezignaci při výkonu povolání či například devalvaci prožitků pacienta. I přes to jsem se jen velmi zřídka setkávala s projevy **bagatelizace** bolesti nemocných a projevy **nedůvěry**. V převážné většině sestry bolest pacientům věří, v některých případech jsou však na pochybách, a to hlavně v situacích, kdy chování či projevy nemocného neodpovídají, dle představ sestry, pacientem verbalizované intenzitě bolesti. Jak ale uvádí Repko (2012), bolest je subjektivním prožitkem, a nemusí tedy být v přímě souvislosti mezi mírou poškození, jejím prožíváním a vnější reakcí. A právě toto by měl mít každý zdravotník na paměti, aby se vyvaroval případné bagatelizaci pacientových problémů či projevům nedůvěry v jeho hodnocení intenzity bolesti. Jednou ze sester, která otevřeně přiznala bagatelizaci pacientovy bolesti, byla sestra Helena, která vyprávěla, jak sledovala nemocného, který se díval na televizi a přitom celkem vesele telefonoval. Když však v zápětí přišel lékař, uváděl zmíněný pacient VAS 4-5 (VAS 1-5) a začal velmi bolestivě grimasovat. Po odchodu lékaře z místnosti se pacient opět zklidnil, což sestru přinutilo pochybovat o pravdivosti jeho výpovědi. Jelikož měla dle dekuru na výběr slabší i silnější analgetikum na VAS 4, podala slabší, které sice efektně zabralo, avšak mohlo zde sehrát roli i odvedení pozornosti od bolesti díky sledování televize či telefonování a nikoli „zveličování“ bolesti. Sestra však tuto možnost v danou chvíli nezohlednila ve svých úvahách při vyhodnocování intenzity bolesti a projevů pacienta. Zacharová (2017) uvádí, že někteří nemocní, a to ať dospělí tak děti, zachovávají v přítomnosti jiné osoby klid a sebeovládání, jiní naopak dávají své pocity intenzivněji najevo.

b) Subkategorie: Holistický přístup versus přetrvávající biomedicínský model

Během analýzy rozhovorů jsem se setkala se dvěma téměř odlišnými modely přístupu k pacientům a informacím ohledně léčby bolesti. V první řadě bych zmínila tzv. **holistický přístup**, jelikož by měl být, ale bohužel stále ještě všude není, hlavní filozofií moderního ošetrovatelství. Podle holistické teorie je člověk jako celek složen z mnoha částí, které mezi sebou vzájemně interagují, ovlivňují se a porucha či onemocnění jedné části, vyvolá reakci v celém organismu. Zároveň zdůrazňuje, že celek je víc než souhrn jeho částí (Čeledová, Čevela, 2010). Holistické pojetí nemoci (bolesti) celkem vhodně vystihuje výrok sestry Karolíny, která o bolesti říká: *„Jde o nepříjemný pocit, dyskomfort zhoršující kvalitu života. Negativně ovlivňuje celkovou psychiku a pohodu pacienta, omezuje jeho život, působí mu trápení a nepohodu. A samozřejmě je to i naopak. Když na tom bude člověk psychicky špatně, tak tu bolest bude taky vnímat jinak. Hůř.“* Svým tvrzením jasně vymezuje, že si vzájemný vliv a interakci jednotlivých částí organismu velmi dobře uvědomuje. Zároveň bere v potaz i bio-psycho-sociální (spirituální) složku, a přistupuje tak k člověku jako k celku, nikoli jen jeho poškozené části či funkci. Mohu potvrdit, že si všechny informantky plně uvědomují tyto skutečnosti. V praxi dbají na to, aby při péči o pacienty s bolestí poskytovaly komplexní péči, která bude zaměřena nejen na bolest samotnou, ale i různé přidružené ošetrovateľské diagnózy, jako je strach, stres, poruchy spánku apod., i když k tomu někdy nemají optimální podmínky (viz kategorie „Překážky v poskytování NFI“).

Všechny informantky se shodly, že hlavním poskytovatelem nefarmakologických intervencí jsou právě sestry, jelikož *„jsou s pacientem téměř v nepřetržitém kontaktu, znají ho nejlépe, vědí, jak reaguje, jak se chová, a dokáží tak kolikrát rychleji podchytit nějaké změny jeho stavu“* (výrok sestry Miriam). Součástí profesionality a odborné činnosti sestry je také poskytování dostatečné psychické opory, pomoci pacientovi a uplatňování holistického přístupu k nemocnému v maximální možné míře, nikoliv „pouhá“ aplikace léků. Jak zmiňuje sestra Diana: *„Sestra by neměla sedět jen u papírů. Měla by také být u pacienta a nevidět ho jen z popisu vizity, vidět ho osobně, svými očima a nějakým způsobem na něho reagovat.“* Během analýzy dat však byly identifikovány i výroky, poukazující na stále ještě přetrvávající biomedicínský model.

Biomedicínský model byl v minulosti, a stále ještě je, velmi rozšířený hlavně v přístupu lékaře k pacientovi, jelikož se vzdělávání lékařů orientuje převážně na patofyziologii a symptomy chorob (Raudenská, Javůrková, 2011). S tím se ztotožňuje i výrok sestry Miriam, která poukazuje na skutečnost, že se lékaři při léčbě nemocných zaměřují primárně a někdy pouze a výhradně na farmakoterapii: *„Myslím si, že lékaři o tom nemají dostatečné množství informací už od školy. Nejsou s tím pacientem tak v kontaktu, tudíž nejsou schopni zjistit, co by mu vyhovovalo, co by mu pomohlo a zkrátka jsou hodně zaměřeni na léky.“* Tento model je však **stále uplatňován i některými zdravotními sestrami**, což bylo zmiňováno nejednou informantkou. Pro příklad uvedu část výpovědi sestry Heleny: *„Některé sestry mají tendenci se u svých pacientů nezdržovat více než je nutné, takže nějaký rozhovor s pacientem nebo jeho uklidnění vůbec neřeší. Je pro ně jednodušší a hlavně nejrychlejší podat analgetika a mají klid.“* Jak uvedla sestra Simona: *„Vše je o lidech, o jejich zájmu a chuti.“* Z výpovědi vyplývá, že hlavní **příčinou je nezáměr** některých sester, či jejich **pohodlnost**. Dalším možným důvodem může být i určitá **rigidita sester a nechuť měnit zažité pracovní vzorce**. *„Některé sestry jsou zaseklé v tom, že se podávají pouze analgetika a nejsou přístupné žádným novotám.“* Někdy sestry zmiňovaly i **nedostatek času** k aplikaci některých NFI či

nedostatek vědomostí (více viz kategorie „Překážky v poskytování NFI“). Další možná příčina bude nastíněna v subkategorii „Nereflektovaná praxe“, kdy některé sestry nepřisuzují nefarmakologickým intervencím v managementu akutní bolesti takový význam jako farmakoterapii.

c) Subkategorie: Nereflektovaná praxe

Ne všechny intervence/ přístupy, jež lze v managementu bolesti uplatnit, jsou v rámci ošetřování nemocných s bolestí využívány reflektovaně a cíleně. Lze tedy hovořit o tzv. **nereflektované praxi**, kdy jsou určité intervence prováděny zcela nevědomě či rutinně, aniž by byl sestrami předem zvažován a vyhodnocován efekt pro pacienta v celém jejich rozsahu. Tyto skutečnosti byly uváděny hlavně v kontextu s intervencemi, které ovlivňují primárně psychiku pacienta a následně prožitky jeho bolesti.

Z výroku sestry Heleny je patrné, že příčinou nereflektovaného využití některých metod mohou být zažitá **stereotypy a rutina**: *„Některé intervence by mě ani nenapadlo zařadit pod nefarmakologickou léčbu, jak to člověk bere jako samozřejmost. Přitom je děláme denně.“* I sestra Miriam vysvětluje, proč některé intervence neuvedla, jako možné techniky v rámci managementu bolesti a říká: *„Pro mě jsou to věci běžné... Je pro mě normální s pacienty mluvit, povzbudit je, uklidnit, odpovídat na otázky. Je to základ komunikace. Ale je pravdou, že s bolestí to moc spojené nemám, spíš s ovlivněním psychiky a přístupem k pacientovi.“* Jednalo se převážně o intervence, jako jsou například dopomoc pacientovi s běžnými činnostmi, poskytnutí dostatku informací, utváření příjemného prostředí či budování kladného vztahu sestra-pacient (psychická podpora, haptický kontakt, aktivní naslouchání apod.). **Nedostatek důkazů o efektivitě** určitých intervencí na bolest může mít také vliv na cílené využívání určitých intervencí, což dokládá následující tvrzení: *„U některých intervencí si nejsem jistá, zda mají nějaký vliv na bolest. Na psychiku určitě, ale jak moc ovlivní bolest, to těžko říct“* (výrok sestry Diany). Z rozhovoru dále vyplynulo, že sestra se sice snaží všemi možnými prostředky pacienta zklidnit, avšak tyto činnosti provádí prioritně za účelem psychického povzbuzení pacienta, nikoli ovlivnění jeho bolesti. Těžko posoudit, o kolik bude výsledný efekt na bolest odlišný od situace, kdy by sestra tyto intervence prováděla s cílem snížit i bolest. Současně je diskutabilní otázkou, do jaké míry si konkrétní sestra skutečně uvědomuje interakci mezi psychickým stavem pacienta a jeho následným prožitkem bolesti. Další příčinou nereflektovaného využití nefarmakologických intervencí mohou být i jistá **mylná přesvědčení**. Například sestra Miriam se domnívá, že v případě akutní bolesti je téměř nemožné ovlivnit psychický stav pacienta. *„Pokud jde o akutní bolest, tak tam ani ta psychika nejde nějak ovlivnit,“* říká. I když se nefarmakologickým intervencím nevyhýbá, nepřikládá jim v managementu akutní bolesti takovou váhu (viz převažující biomedicínský model).

Sestry uváděly, že se některým technikám spíše vyhýbají, jelikož o nich **nemají dostatek informací/ vědomostí** a v praxi je **neumí správně aplikovat**. Sestry zmiňovaly hlavně imaginativní techniky, některé i hluboké antistresové dýchání. Uvedu výrok sestry Miriam: *„U některých činností lidem říkám, aby mysleli na něco hezkého, nebo zhluboka dýchali. Ale myslím, že to není úplně správně.“* Dotyčná sestra vidí možné špatné provedení nejen v nedostatku informací o daných technikách a jejich provedení, ale i v tom, že pacientům většinou není schopna poskytnout dostatek času, aby skutečně došlo ke kýženému odvrácení pozornosti.

5.2.3. KATEGORIE 5: Jak se ptát, zjišťovat, vyhodnocovat a zaznamenávat bolest

Předkládaná kategorie prezentuje informace, jakým způsobem sestry monitorují a dokumentují bolest u pacientů při vědomí a s poruchami vědomí, či pacientů, u nichž je získání relevantních informací ztížené, popřípadě nemožné.

a) Subkategorie: **Hodnocení a záznam intenzity bolesti u pacientů při vědomí**

Hodnocení a záznamu intenzity bolesti se věnují sestry na svých pracovištích **v pravidelných intervalech**, které vycházejí z ordinací lékaře či standardu zabývajících se bolestí. V mnohých případech zjišťují intenzitu bolesti **i nad rámec stanovených intervalů**. Viz výpověď sestry Natálie: „Standardně bolest hodnotíme po hodině, ale u nás na Jipu jsme u pacientů několikrát do hodiny, takže se ptáme i vícekrát a i pacient má možnost si říct. Pacienty informujeme, že pokud budou mít bolesti, ať nás informují.“ Zde bych poznamenala, že téměř všechny informantky explicitně uvedly, že důležitá je **řádná a mnohdy opakovaná edukace pacientů o včasném hlášení bolesti**, čímž se sestry snaží minimalizovat nárůst bolesti do takové intenzity, kterou lze obtížně a mnohdy zdlouhavě snižovat. Pro doplnění a pochopení následujícího textu zde uvedu, že na některých pracovištích si aplikace analgetik řídí samy sestry na základě ordinací lékaře, kdy je preskripce analgetik rozepsána dle konkrétní hodnoty vnímání bolesti pacientem na škále se stanovenými časovými odstupy, čímž je poskytnut sestrám prostor pro určitou samostatnost a rozvahu o načasování intervencí dle potřeb pacienta. Sestry se s lékařem domlouvají pouze v případech, kdy jsou aplikace předepsaných dávek analgetik vyčerpány, či je analgezie nedostatečná. Na jiných pracovištích ordinuje lékař medikaci na zavolání, kdy dojde k výskytu či zvýšení intenzity bolesti, a sestry se řídí aktuální ordinací lékaře.

U pacientů při vědomí využívají sestry shodně **vizuální analogovou škálu** (dle popisu respondentek, však informaci sester vyhodnocuji jako klasické slovní vyjádření, jelikož jen zřídka jsem v odpovědích informantek zaznamenala, že by využívaly stupnici). Číselné rozmezí škály je na jednotlivých pracovištích odlišné (VAS 0-4, 0-5, 0-10). V případě potřeby sestry využívají některou ze stupnic s **výrazy tváře. Podstatně větší rozdíly jsem zaznamenala v technice**, pomocí níž se snaží získat konkrétní hodnotu. Jedna část sester se drží přísně standardu a **vyžaduje od pacienta konkrétní hodnotu** i v situacích, kdy je pacient schopen například jen odkývnout, a tudíž může být celý proces poněkud zdlouhavý. Například sestra Iveta k tomuto říká: „Vždy chci slyšet od pacienta konkrétní hodnotu. Stačí, aby třeba jen trochu kývnul. Pak říkám postupně čísla od 0 do 10 a sleduji jeho reakce.“ Zde bych se trochu zamýšlela nad tím, zda není vhodnější uplatnit empatictější přístup a tento proces trochu zjednodušit, jelikož u pacientů, kteří trpí silnou, až nesnesitelnou bolestí může být poněkud trýznivý. Častěji jsem se však setkávala s ne tak direktivním a autoritativním přístupem, kdy je pro **sestry dostačující i slovní výpověď pacientů**, na jejímž základě podají příslušné analgetikum či provedou patřičnou intervenci. Sestra Helena říká: „Ne vždy chci vědět konkrétní číslo. Záleží na stavu pacienta. Někdy se pouze zeptám, jestli mají bolest velkou nebo malou, a podle toho zapíšu číslo sama a dám buď slabší analgetikum, nebo opiát. Samozřejmě pokud je čas a já vidím, že se člověk nesvívá bolestí, tak mu VAS vysvětlím a napíšu přesnou číselnou hodnotu. Pokud má ale velké bolesti, tak je jasné, že budu podávat opiáty a je zbytečné ho trápit ještě popisováním VASu a spokojím se se slovním popisem.“ Obdobně dle výpovědi postupuje i sestra Natálie, která uvádí: „Samotné hodnocení záleží na stavu pacienta a jeho schopnosti porozumět VAS. Pro některé je velmi těžké bolest vyjádřit číselně a spíš ji popíší

slovně. Hodně taky věnuji pozornost mimice pacienta, posturologii, zda se třeba snaží zaujmout úlevovou polohu, nějakým zvukovým projevům jako sténání a podobně. Často tedy vycházím spíše než z nějaké číselné hodnoty ze samotné výpovědi pacienta, kdy popisuje bolest jako třeba mírnou, velkou, strašnou.“ Je tedy k zamyšlení, zda by nebylo vhodnější na těchto pracovištích využívat více druhů hodnotících škál, jelikož jen tak je zaručena objektivita hodnocení. Pokud získá sestra od pacienta slovní výpověď o intenzitě jeho bolesti, měla by ji tak zaznamenat i do dokumentace, nikoliv se snažit tuto výpověď převést do číselné hodnoty. Zatím se však tak neděje, není tedy úplně relevantní hovořit o číselné či vizuální škále. Dále bych zmínila, že většina sester si při hodnocení bolesti všímá nonverbálních projevů, a to i u pacientů při vědomí. Obdobným způsobem postupují i po aplikaci terapie.

b) Subkategorie: Hodnocení a záznam intenzity bolesti v obtížných situacích

Informantky na svých pracovištích využívají u analgosedovaných pacientů ve většině případů pouze **Ramsayho škálu (či její modifikace)**, která hodnotí hloubku sedace, úroveň vědomí a chování pacienta. „*Máme škálu na hodnocení hloubky analgosedace, Ramsayho, ale víc nic. Řídíme se jen tím, jestli je pacient klidný. Pokud není, tak něco dostane, ať už analgetikum, nebo něco na přispání. Asi to není optimální, ale takhle je to u nás nastavené a všem to asi vyhovuje. Zásadní slovo má v tomto stejně vedení,*“ zmiňuje jedna ze sester, která sice vyjadřuje ne zcela souhlasný názor, ale pasivně se s tímto způsobem hodnocení smiřuje. I sestry z anesteziologického oddělení zmiňovaly, že kvalita hodnocení bolesti u pacientů je na oddělení nedostatečná. Sestra Simona říká: „*Bolest by se měla hodnotit i u sedovaných, ale my to neděláme. Většinou je to fuk. Když je sedovaný méně a neklidný, tak mu někdo občas podá něco na bolest a hned je klidnější... Ale je to špatně.*“ Její kolegyně potvrzuje její slova a dodává: „*Nebo když je tachykardický, tak se podá Betaloc. Že by to mohlo být i od bolesti, to některé neřeší.*“ Jelikož si sestry uvědomují, že monitoring bolesti u těchto pacientů není mnohdy optimální, shodně uvádí, že se snaží pravidelně sledovat i nonverbální projevy nemocných a změny fyziologických funkcí.

Sestry z neurologické a neurochirurgické IP využívají nejčastěji **Glasgow coma scale**. Tato stupnice hodnotí míru vědomí pacientů. Bodové hodnocení se získává hodnocením třech proměnných – otevření očí, slovní odpověď a motorická odpověď. Na těchto pracovištích sestry shodně zmiňovaly i komplikované hodnocení u pacientů při vědomí, jelikož „*často nerozumí, co jim říkáme, co po nich vlastně chceme, takže je dost složité získat nějaké informace*“ (výrok sestry Diany). Častěji proto využívají různé obličejové škály a vycházejí hlavně z celkového hodnocení pacienta, jeho chování, nonverbálních projevů bolesti a změn v hodnotách fyziologických funkcí.

c) Subkategorie: Hodnocení a záznam intenzity bolesti po aplikaci nefarmakologických intervencí

Sestry monitorují a zaznamenávají intenzitu bolesti před a po aplikaci farmakoterapie do denního záznamu o pacientovi. Na zapisování těchto hodnot mají v dokumentaci patřičný prostor. Pokud však pro zmírnění bolesti využijí některou z nefarmakologických intervencí, zjišťují její účinnost, respektive přehodnocují intenzitu bolesti, její hodnotu už do dokumentace nezapisují. V mnohých případech se nezaznamenává ani konkrétní využitá nefarmakologická metoda. Sestry vycházejí z informací ze standardu a zaběhlého způsobu, který je praktikován na odděleních. Sestra Diana říká: „*U nás nehodnotíme bolest po využití nefarmakologických intervencí, jen po farmakoterapii. Ale třeba pokud by pacientovi něco pomohlo, nebo si vysloveně něco přeje, co mu*

třeba dělá dobře, tak si tyto informace předáváme u předání služby.“ Kromě ústního předání se sestry také shodly, že tyto techniky mohou zapisovat na konci směny do tzv. **hlášení o pacientovi**. Tento způsob je však zatížen i určitými riziky, která zmiňuje jedna z informantek: *„Využití nefarmakologických intervencí můžeme zapsat do hlášení a ještě to předám ústně. Sice to není asi optimální, protože pak člověk může polovinu informací během dne zapomenout, ale tak to prostě je. V dokumentaci na to nemáme prostor.“* Na základě analýzy dat lze konstatovat, že na většině pracovišť jde hlavně o zaběhlý způsob dokumentování bolesti. Sestry si uvědomují, že by se využití jednotlivých intervencí mělo monitorovat a zaznamenávat, ale jsou „takto zvyklé“ (z výpovědi sestry Ivety).

5.3. Limitující a motivující faktory pro aplikaci nefarmakologických intervencí (DVO 4)

Prostřednictvím kategorie „Překážky pro uplatnění nefarmakologických intervencí v praxi“ se pokusím objasnit, jaké vlivy či faktory vnímají sestry jako negativní či limitující pro využívání nefarmakologických intervencí v rámci managementu bolesti u pacientů na oddělení JIP/ARO. Jelikož bylo analýzou výpovědí identifikováno poměrně velké množství kódů vypovídajících o jednotlivých překážkách, byly pro větší přehlednost rozčleněny do několika subkategorií.

5.3.1. KATEGORIE 6: Překážky pro uplatnění nefarmakologických intervencí v praxi

a) Subkategorie: Překážky v poskytování nefarmakologických intervencí ze strany sestry / zdravotníka

Z analýzy dat vyplynulo, že sestry při své práci mnohdy **nemají na pacienty tolik času**, kolik by samy chtěly a kolik by pacient potřeboval/ vyžadoval. Sestra Natálie uvádí jako hlavní příčinu nedostatku času hlavně **náročnost práce** na oddělení intenzivní péče a množství pracovních činností, které musí zastat souběžně s péčí o přidělené pacienty: *„U nás je hodně pacientů, pracoviště je náročné na resuscitační péči a nových pracovníků tam je také hodně, takže jako vedoucí sestra směny se jim musím věnovat, kontrolovat je, takže bohužel občas pacienti tímto trpí.“* Právě nedostatek času je jedním z hlavních důvodů, proč se sestry uchylují k biomedicínskému modelu péče, což vysvětluje sestra Karolína: *„Je to hodně o čase. Někdy prostě nezbude nic jiného, než dát analgetikum.“*

Strach či obavy mohou také bránit ve využívání NFI. Často byly spojovány s možnou **neefektivitou/ neúčinností nefarmakologické intervence**, která by měla dle subjektivního vyjádření sester za následek případnou **ztrátu důvěry pacienta**. Sestra Helena k tomuto uvádí: *„Asi že by to nezabralo tak rychle, jak je potřeba a intenzita bolesti by se ještě více zvýšila. Poté by bylo komplikovanější ji snížit. Zároveň by mohl člověk vůči tomu nebo vůči nám ztratit důvěru.“* Právě důvěru mezi sestrou a pacientem vnímají informatky jako zásadní pro dobrou vzájemnou spolupráci při aplikaci většiny technik. V druhém případě byl strach či obavy zmiňovány v souvislosti s **poškozením pacienta**, což může také negativně ovlivnit frekvenci či množství intervencí, které využívají/ mohou využít sestry u pacientů s bolestí. Hlavní rizika, která sestry při aplikaci nefarmakologických intervencí vnímají, budou konkrétně uvedena v kategorii „Nefarmakologické intervence v praxi“.

Výše popsaný strach může přímo souviset také s **nedostatkem informací, vědomostí a dovedností** o nefarmakologických intervencích (srov. kategorie č. 1). Jednou ze sester, která přiznává nedostatečné vědomosti/ dovednosti pro aplikaci nefarmakologických intervencí je sestra Miriam. Říká: „*Nebráním se ničemu, ale nejspíš mám málo informací o nefarmakologické léčbě bolesti.*“ Pokud se sestra v projednávané problematice orientuje, zná jednotlivé intervence, jejich správné využití, provedení a kontraindikace, neměl by být strach z poškození pacienta faktorem, který ji bude limitovat v jejich využívání.

Sestra Žaneta zmiňuje i **profesní stres sester**: „*Někdy je toho na člověka prostě moc a pak se to samozřejmě promítne i do péče o pacienta. Sestra i sama nemá náladu se s někým bavit. Samozřejmě by se měla vždycky překonat, ale někdy to zkrátka nejde. Znímám to i z vlastní zkušenosti. Občas mám pocit, že všeho nechám a uteču. Ale i od svých kolegyně.*“ Sestra Iveta dále vysvětluje, jak se v takových situacích chová: „*Snažím se udělat svoji práci co možná nejlépe, ale například nějakého delšího povídání se spíše straním. Nechci, aby na mě někdo poznal, že nemám den nebo náladu.*“ Tyto výkyvy nálad byly nezdědky spojovány s přepracovaností, což je v dnešní době nedostatku personálu problém v nejednom zdravotnickém zařízení.

Zdravotnický pracovník by měl disponovat určitými **osobnostními předpoklady**, mezi něž patří **zájem o pacienta a sesterskou práci** (Zacharová, 2017). Na základě analýzy dat je však patrné, že ne každý zdravotník těmito vlastnostmi disponuje. Informantky se setkávají se sestrami, které vykonávají pouze ordinace lékaře, které jsou v dekurzu pacienta jasně naordinovány. Mayerová (1997) uvádí, že člověk vykoná určitý úkon, má-li k němu odbornou průpravu (vědomosti, dovednosti apod.), ale také zájem a ochotu k jeho provedení. **Ztráta zájmu** může být dle analýzy dat spojena s pracovní nespokojeností, což dávaly informantky do souvislosti s přepracováním a přesčasy.

b) Subkategorie: Překážky v poskytování nefarmakologických intervencí ze strany pacienta

Bylo identifikováno i několik limitujících faktorů pro využití nefarmakologických intervencí ze strany samotných příjemců těchto metod, tedy pacientů. Asi nejčastěji se setry setkávají s **neochotou či nezájmem** ze strany pacientů o nabízené nefarmakologické intervence. Tento postoj může být zapříčiněn několika faktory, kterými jsou:

- **Strach pacientů z bolesti a nových pro ně neznámých možností.** Pokud některé nefarmakologické intervence neznají a nemají s nimi vlastní zkušenost, mají strach z jejich neefektivity nebo pomalého nástupu účinku.
- **Nedostatek informací o těchto metodách** zmiňuje sestra Miriam: „*Pokud pacient není informovaný o tom, že je něco takového možné, nebo že něco takového vůbec existuje, tak o to samozřejmě ani nestojí.*“ Zde bych se opět vrátila k první kapitole, kde bylo poukázáno na to, že ani na jednom pracovišti, na kterém pracují informantky, nejsou pro pacienty k dispozici žádné informační brožury o NFI. Pacienti jsou odkázáni pouze na informace, jež se jim dostanou od sester/ zdravotníků, či na své vlastní zkušenosti. Mnohé ze sester si též uvědomují, že pro poskytování kvalitní péče orientované na pacienta, která bude respektovat jeho autonomii, musí být klient řádně obeznámen se všemi dostupnými alternativami a možnostmi léčby. Jak uvádí jedna ze sester: „*Určitě má každý*

člověk právo vědět o tom, že má i jiné možnosti léčby bolesti než léky. Takže bych mu měla nabídnout, co vím a znám a měla bych mu dát prostor, aby se i sám vyjádřil k tomu, co mu dělá dobře.“ Tyto informace by však měly být důsledně zjišťovány již před operačním výkonem, zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace a průběžně předávány mezi sestrami.

- V některých případech se může jednat o pouhé **momentální psychické rozpoložení pacienta**, kdy člověk přijímající NFI o ně v určité chvíli nejvíce zájem (viz Atributy efektivní NFI – Pacientem vyžádaná, odsouhlasená a tolerovaná).
- Někdy sami pacienti žádají pouze analgetikum, jelikož **vyžadují rychlou úlevu od bolesti a mají zkušenosti hlavně s farmaky**. Sestra Helena říká: „*Někdo chce prostě teď hned opiáty a můžeš mu to vysvětlit, jak chceš. S takovými lidmi nemá cenu vůbec smlouvat. Jsou zvyklí na to, že se bolest léčí analgetiky, a nemají důvěru v nic nového, jiného, nebo se bojí, že to pak bude bolet ještě víc. Zvyk je železná košile.*“

Ze strany pacientů, ale i zdravotnického personálu může být jednou z možných překážek i **jazyková bariéra**. Je samozřejmé, že na některých postupech se lze domluvit i s velmi omezenou slovní zásobou, avšak některé NFI vyžadují oboustrannou zpětnou vazbu a dobré jazykové schopnosti. Zároveň může být **problém i na straně návštěv**, které v určitých případech nemohou anebo z nějakých důvodů nechtějí být tak často přítomné, jak by si pacient přál.

c) Subkategorie: **Překážky v poskytování nefarmakologických intervencí ze strany managementu/ organizace/ chodu oddělení**

Jedním z limitujících faktorů, který byl v této subkategorii identifikován, je **vliv sdílených profesních hodnot**, viz ukázka z výpovědi sestry Miriam: „*Nefarmakologická terapie je u nás prováděna minimálně. Dle VAS jsou podávána analgetika. U nás lékaři vyžadují účinné tlumení bolesti, a to nejlépe okamžitě, tedy analgetika. Když jsem byla na standartu, tak nějaká snaha o nefarmakologické intervence byla, ale ostatním kolegyním to přišlo zbytečné. A na jipu na to není čas a nikdo tam nic takového moc nepraktikuje.*“ Je tedy důležité, aby vedení nemocnice, ale i vedoucí jednotlivých pracovišť prosazovali holistický přístup k nemocným, využívání všech možných nefarmakologických postupů a svým zaměstnancům šli nejen příkladem, ale zároveň jim poskytovali prostor pro jejich realizaci **utvářením vyhovujících pracovních podmínek**. Na ně má negativní dopad nejen **nedostatečné personální zajištění**, kdy jsou sestry často vystavovány dlouhodobému fyzickému, ale i psychickému zatížení, což se opět může projevit na jejich zájmu o práci apod. (viz výše), ale i **nedostatečná motivace ze strany vedení**, ať už prostřednictvím nabízených seminářů, školení, ale i jednostranně zaměřených standardů pro léčbu bolesti, které předkládají pouze postupy pro farmakoterapii. Zároveň se sestry na některých pracovištích potýkají i s **neuspokojivým materiálním zajištěním** (nedostatek polohovacích pomůcek, prostředků pro chlادovou terapii, nedostatek audiovizuální techniky apod.).

Jako velký problém vnímám stále se **rozzrůstající rozsah dokumentace pacienta a celkovou administrativní zátěž**. Mnohé z výpovědí sester poukazují na jistou **dehumanizaci či byrokratizaci péče vlivem rozsáhlé administrativy**: „*Popravdě při nátlaku s papírováním a vedením dokumentace zbývá sestře na pacienta minimum času. Na prvním místě jsou papíry a hlavně*

nezapomenout nic zaznamenat“ (výrok sestry Ivety), nebo „Přijde mi, že je to v poslední době hodně **o pacientech bez pacientů**. Všichni mluví o tom, že na prvním místě je pacient, ale přitom je to dokumentace, které je strašně moc.“ (výrok sestry Simony). Zde bych opět poukázala na provázanost se sdílenými hodnotami, kdy se organizace/management nemocnice snaží „prezentovat jako zařízení poskytující péči orientovanou na pacienta“, avšak z jeho chování a jednání je patrné, že stále preferuje řádně vyplněnou dokumentaci nad zájmy pacientů. V mnohých případech sestry konfrontují management s negativním vlivem narůstající administrativy na péči o pacienta. Ke změnám však zatím na konkrétních pracovištích nedochází: „Vedení není flexibilní a ochotné něco měnit a přijímat změny“ (výrok sestry Karolíny). Avšak právě pocit, že může samotný pracovník určitým způsobem ovlivnit způsob poskytované péče a proces její dokumentace, je motivujícím prvkem pro jeho sebeuplatnění, což je úzce spjato s výkonem zaměstnance (Wagnerová, 2008).

I samotné **oddělení, ať už na úrovni strukturálního uspořádání, nebo samotného chodu**, může mít dle informantek vliv na aplikaci NI nebo úspěch těchto metod (více viz Diskuze).

Využitelnost nefarmakologických intervencí je v kompetencích a možnostech nejen sester, jejichž přístup, vědomosti/ dovednosti, ochota a zájem jsou zásadní, ale i managementu, jehož úkolem je vytváření přijatelných podmínek pro aplikaci NI. Jak uvedla jedna z informantek: „**Ryba smrdí od hlavy**. Pokud se v tomto směru nezmění přístup vedení, jen těžko nastanou nějaké změny mezi sestrami.“

5.3.2. KATEGORIE 7: Odstraňování bariér ve využívání nefarmakologických intervencí

Mimo výše popsané překážky bylo identifikováno i několik skutečností, které sestry k využívání nefarmakologických intervencí motivují, či jim jejich aplikaci usnadňují/ zlehčují.

a) Subkategorie: Pozitivní zpětná vazba a potřeba seberealizace

Asi nejčastěji zmiňovaným motivačním faktorem, který jsem zaznamenala, je **pozitivní zpětná vazba od pacientů**. Nejen že je pochvala pacienta pro sestru velmi motivující, ale je i nejlepším prediktorem pro další spolupráci: „*Nejlepší motivací je kladná odezva pacienta, že mu to pomohlo, ale i to, že v tom chce i do budoucna pokračovat. Že pochválí naši snahu, péči a zájem o něj.*“ Kladně sestry vnímají nejen přímou výpověď pacienta, ale i to, když **samy vidí pozitivní efekt intervence**, například celkové zklidnění pacienta, úsměv. Nezanedbatelný vliv má pro sestry i **podpora ze strany rodiny pacienta**, který není vždy schopen vyjádřit (ne)spokojenost s péčí. Právě u těchto pacientů je často výběr vhodné nefarmakologické intervence a její aplikace přímo ovlivněn charakterem a obsahem informací od rodinných příslušníků, blízkých pacientů (například oblíbená hudba, denní zvyklosti, oblíbené činnosti). Nejen slova díky od rodiny, ale hlavně spolupráce, která je ukazatelem, že těmito metodám členové rodiny důvěřují a podporují jejich využívání, je pro sestry velkým stimulem.

Nezastupitelnou úlohu zde hraje i **potřeba seberealizace a určité autonomie při řešení problémů**. Velmi výstižně se vyjadřuje sestra Karolína, která říká: „*Podporuje mě to, že můžu ovlivnit něco taky já sama svojí péčí, nápadem nebo přístupem, že jen slepě nespolehám na účinek farmak. Když*

člověk vidí alespoň trochu úlevy od bolesti, i kdyby jen vlídným přístupem a úsměvem, tak je to úspěch.“

b) Subkategorie: Multidisciplinární spolupráce

Dobré vztahy mezi spolupracovníky a vědomí, že se sestra má na koho obrátit v případech, kdy si sama neví rady, či provedení určité intervence přesahuje její kompetence, je pro sestry, dle jejich výpovědí, velmi motivující a podporující. Sestry se obrací jak na lékaře či operatéry, tak i na klinické psychology, rehabilitační pracovníky či různý pomocný personál.

Velká část sester shodně vypověděla, že by ocenila **proaktivnější přístup lékařů k nefarmakologické terapii**, hlavně co se týče psychické podpory pacienta, jelikož *„tráví hodně času nad papíry a psaním farmak, ale aby si šli s pacientem na chvíli popovídat a trochu ho uklidnit, to se vidí málo. Tak nějak mi přijde, že automaticky spoléhají, že všechno zodpovíme my, že být u pacienta je naše práce a je tím nebudeme obtěžovat“* (výrok sestry Diany). I přesto, že informantky uvedly větší iniciativu lékařů jako motivující faktor, zdůrazňují, že ne pro všechny sestry může být tato iniciativa stimulem k využívání nefarmakologických metod (viz Překážky pro poskytování NFI ze strany sestry – nezájem).

c) Subkategorie: Kombinace postupů

Jeden z faktorů, který sestry limituje při intenzivnějším využívání nefarmakologických intervencí, je strach z neúspěchu či neefektivity nefarmakologické terapie. V rámci analýzy bylo zjištěno, že sestry s výhodou **využívají nefarmakologických metod v kombinaci s farmakoterapií, tedy jako komplementární postupy**. Tato taktika má současně dvě významná pozitiva. Zvýší se efektivita využití nefarmakologické intervence a zároveň může dojít ke snížení spotřeby analgetik.

5.4. Intervence číslo jedna (DVO 2, 3)

Kapitola „Intervence číslo jedna“ prezentuje, které konkrétní nefarmakologické intervence jsou sestrami na oddělení IP/ ARO využívány v praxi nejčastěji a které intervence vnímají samotné informantky jako neefektivnější. Předkládané kategorie odpovídají na výzkumné otázky č. 2 a 3. Součástí této kapitoly je i kategorie popisující nejpodstatnější atributy, které sestry považují na základě svých zkušeností za zásadní, aby byly aplikované nefarmakologické intervence účinné, či pacienta nepoškodily.

5.4.1. KATEGORIE 8: Atributy efektivní nefarmakologické intervence

Pokud chtějí sestry dosáhnout co největšího efektu patřičné intervence, měla by být daná metoda **pacientem vyžádána**, popřípadě sestrou navrhovaná intervence pacientem **odsouhlasena** a zároveň jím **tolerována**. Výstižně o tomto vypovídají slova sestry Heleny, která říká: *„Pokud bude chtít pacient klid a já mu pustím rádio, nebude moc nadšený. Nebo když bude chtít spát a já ho i přesto budu chtít posadit do křesla. Zkrátka pokud použiju nějakou intervenci v nevhodnou dobu [a nebo navzdory pacientovu nesouhlasu, pozn. M.H.], může být jakékoli z těch intervencí neefektivní.“* Je tedy nezbytné **o výběru intervence s pacientem diskutovat a intervenci vhodně načasovat**. Jen tak lze dosáhnout dobré spolupráce a tím i možného pozitivního účinku. Sestra

Natálie uvádí: „Pacient by měl určitě spolupracovat, například v rámci polohování, protože jinak bude daná intervence celkem k ničemu.“

Dalším významným faktorem je **specifikace výběru nefarmakologické intervence individuálně u každého pacienta**. Jedna z informantek popisuje své zkušenosti s výběrem nefarmakologických intervencí **u pacientů s rozličnými diagnózami, ale i napříč věkovým spektrem** pacientů a uvádí: „Myslím, že hodně při výběru záleží na diagnóze. Například pacienti po různých ortopedických nebo traumatologických výkonech u nás hodně využívají ledování a různé polohování končetin. Pacienti po břišních operacích, kteří mají takovou tu trvalejší bolest, preferují různé formy rozptýlení, nebo naopak zajištění klidu. U starších pacientů je takovým všelékem rozhovor s tím člověkem. Je jedno o čem. Jsou rádi, že tam s nimi někdo je a vyslechne je. Mladí zase často vyžadují odvedení pozornosti třeba sledováním televize, nebo poslechem hudby. Dlouhodobě ležící pacienti mají rádi masáže zad nebo nohou.“ Sestry z neurologických JIP navíc doplnily, že pacienti na těchto odděleních mívají často různé fatické poruchy, či problémy s porozuměním řeči a bývají těmito okolnostmi mnohdy stresováni. Sestry proto nejčastěji využívají kontakt s pacientem, haptický kontakt, podání informací (i bez zpětné vazby) a jak uvádí, mají s těmito intervencemi u pacientů výborné zkušenosti nejen při tlumení bolesti, ale i pro zmírnění stresu, úzkosti a napětí. Dále bylo zjištěno, že je důležité jednotlivé **intervence modifikovat dle možností jedince**, ať už se jedná o vhodnou formu podání informací tak, aby jí dotyčný rozuměl apod. Sestra Diana také zmiňovala, že je vhodné **opakovaně přehodnocovat potřeby jedince a výběr intervence přizpůsobit dané situaci**: „Výběr intervence je hodně individuální. Na každého zabírá něco, ale hlavně záleží i na situaci. Někdy pacientovi něco zabere a druhý den může být všechno jinak.“

Profesionální provedení nefarmakologické intervence/ metody hraje stejně významnou roli, jako proces jejího výběru. Pokud bude i pacientem vysloveně vyžádaná metoda provedena nekvalitně, nesprávně či neprofesionálně, bude její účinnost významně ohrožena a riziko poškození pacienta výrazně vzroste. Je příznivé, že si většina sester tento fakt uvědomuje a při jakýchkoli pochybách se neváhají poradit s ostatními členy týmu. O neefektivitě neprofesionálního provedení určitých intervencí a možných následcích hovořila sestra Helena následovně: „Například rozhovor s pacientem je při tlumení bolesti určitě k nezaplacení, ale vyžaduje čas. Ten člověk, když vidí, že jsi v napětí a pořád koukáš na hodinky, nebo u toho děláš tisíc jiných věcí, tak se tak neuvolní a neuklidní a pak je ve finále ještě naštvaný nebo dotčený, že se mu nevěnuješ.“ Je tedy zapotřebí, aby se sestra vždy dopředu zamyslela, zda k dané intervenci má dostatek vědomostí, dovedností, zná možná rizika nesprávné aplikace (viz kategorie č. 6), ale také zda má k jejímu provedení dostatečný časový prostor.

5.4.2. KATEGORIE 9: Nefarmakologické intervence v praxi

Mezi základní požadavky, které sestry od užitečné nefarmakologické intervence očekávají, patří efektivita dané intervence, rychlý nástup účinku, dlouhotrvající efekt, snadnost, technická nenáročnost a rychlá proveditelnost příslušné metody, pozitivní efekt na psychický stav pacienta a jeho minimální zatížení užitou intervencí. Tyto vlastnosti mnohdy rozhodují, která intervence je v daný moment vůbec realizovatelná, jelikož jak už bylo řečeno, mnohé sestry se opětovně potýkají s nedostatkem času z důvodu jejich pracovní vytíženosti. Nedostatek času na straně sestry je s největší pravděpodobností důvodem, proč i přesto, že určité intervence dosáhly na základě subjektivního vyjádření informantek konsenzu jako „nejefektivnější“, nejsou na

pracovištích realizovány nejčastěji. Pro snadnější orientaci čtenáře a přehlednost v textu jsem vytvořila tabulku s nejčastěji diskutovanými intervencemi.

Tabulka č. 4 Realizace versus efektivita: Rozčlenění nejčastěji diskutovaných intervencí dle efektivity a četnosti aplikací na odděleních IP/ ARO.

ZAŘAZENÍ INTERVENCE	„nejčastěji realizované“	„nejefektivnější“
1.	Polohování/ úlevová poloha	Emocionální podpora (Aspekty vztahu sestra/pacient) – rozhovor, haptický kontakt, kontakt s pacientem (potřeba sociálního kontaktu), empatie, naslouchání apod.
2.	Rozptýlení (televize, rádio)	
3.	Aplikace chladu/ tepla	Zajištění spánku a odpočinku

Zdroj: Autor textu

Je podstatné také uvést, že nelze hodnotit intervence „nejčastěji realizované“, jako neefektivní. Většina sester vnímá i tyto intervence jako velmi účinné, některé i nejefektivnější, avšak vycházela jsem ze všech rozhovorů a hromadného hodnocení všech informantek. Jak konkrétně vnímají jednotlivé informantky ne/ efektivitu jednotlivých intervencí je možné vidět v následující tabulce.

Tabulka č. 5 Efektivita/ neefektivita nefarmakologických intervencí (dle názoru informantek)

	Helena	Míriam	Simona	Iveta	Natálie	Diana	Žaneta	Karolína
Muzikoterapie	+	-	+	+	+	+	?	+
Rozptýlení	+	-	+	+	+	+	-	+
Imaginativní techniky	N	N	N	N	N	N	N	N
Hluboké dýchání	+	+	+	+	+	+/-	+	+/-
Aromaterapie	N	N	N	N	N	N	N	N
Dostatek informací	+	-	+	+	+	+	-	+
Jednoduché masáže (BS...)	+	-	+	+	+	+	-	+
Polohování, mobilizace	+/-	+	+	+	+	+/-	+	+/-
Teplé/ studené obklady	+	T-/S+	+	+	+	+/-	N	+
Aktivní naslouchání	+	-	+	+	+	+	-	+
Psychická podpora	+	+	+	+	+	+	+	+
Dopomoc při rozhodování	?	-	+	+	+	?	-	+
Orientace v realitě	?	-	+	+	+	+/-	-	-
Kontakt s pacientem	+	+	+	+	+	+	+	+
Přítomnost rodiny	+/-	+	+	+	+/-	+/-	+	+
Dopomoc při denních aktivitách	+	-	+	+	+	+	-	+
Zajištění spánku/ odpočinku	+	+	+	+	+	+	+	+
Minimalizace rušivých elementů	+	-	+	+	+	+	-	+
Zvelebení okolí	+	-	+	+	+	+	-	+
Vysvětlivky: + efektivní; - neefektivní; +/- efektivní v určitých situacích, jak kdy; N nepoužívají, nemají zkušenosti								

Zdroj: Autor textu

a) Subkategorie: Nejčastěji realizované nefarmakologické intervence v managementu bolesti

Polohování/ mobilizace/ volba úlevové polohy jsou intervence, které na svých pracovištích využívají sestry nejčastěji v rámci managementu bolesti. Dle analýzy dat jsou tyto intervence požadovány nejčastěji i samotnými pacienty. Mimo časovou nenáročnost oceňují sestry na těchto intervencích i minimální materiální vybavení, které je v mnohých případech k jejich aplikaci potřeba.

Jelikož sestry využívají polohování nejen k eliminaci bolesti, ale i například jako prevenci dekubitů, kontraktur, hypotrofie či atrofie svalů, v rámci dechové rehabilitace apod., může být paradoxně i samotné polohování zdrojem bolesti. Sestry dále hovořily o možném zvýšení intenzity bolesti v průběhu manipulace, než se podaří pacienta uložit do pro něho nejpohodlnější úlevové polohy. Lze tedy hovořit o tzv. **procedurální bolesti**. Přesto, že je procedurální bolest obvykle krátkodobá a očekávaná, může být zdrojem úzkosti a strachu. Někteří pacienti mohou polohování odmítat právě z tohoto důvodu. Je proto nezbytné pacienty seznámit s možným rizikem, aby se na

samotnou intervenci mohli dopředně psychicky připravit. Zároveň byla sestrami zmiňována i určitá rizika, která s sebou polohování či mobilizace přináší. Informantky hovořily o poškození pacienta nevhodnou polohou, popřípadě manipulací. Sestra Natálie uvádí: „V rámci polohování pacienta, například při frakturách páteře, může dojít k vážnému poranění pacienta. Například k dislokaci úlomku a tak podobně. Pokud se nepostupuje tak, jak má, mohou být nějaké spáleniny od prostěradla.“ I zde existuje jednoduché řešení: šetrná manipulace a multidisciplinární spolupráce. V rámci polohování byl často zmiňován i **koncept bazální stimulace**. Sestra Natálie vysvětluje: „V rámci bazální stimulace je u pacientů hodně využívána poloha mumie nebo hnízdo. Jsou výborné na celkové zklidnění, ale i na zmírnění bolesti.“

Každodenně také sestry u pacientů využívají různé formy **rozptýlení**. Na některých pracovištích mají sestry k aplikaci této intervence k dispozici nejen rádia, ale i například televize. Pacientům nabízí též možnost donést si vlastní hudební přehrávače, knihy, časopisy, křížovky a jiné věci, které pomáhají pacientům s **odpoutáním pozornosti** od bolesti. Sestry také poukazují na to, že je důležité brát v potaz i ostatní pacienty, aby je poslech televize či rádia nerušil. Jinak vnímají tuto intervenci jako velice rychle proveditelnou a na mírnou bolest, či bolest procedurální velmi efektivní.

Další často diskutovanou, vyžadovanou a prováděnou intervencí je **aplikace chladu**, v ojedinělých případech i **tepla**. Nejčastěji jsou v praxi využívány aplikace sáčků s ledem, a to hlavně u traumatologických pacientů. Aplikace tepla je nejčastěji prováděna formou vtírání hřejivých emulzí do oblastí zad a beder. Obě tyto techniky jsou pacienty dle sester kladně hodnoceny. Jediné riziko, které bylo v souvislosti s těmito intervencemi zmiňováno, byl vznik možných omrzlin. Je proto důležité, aby sestra monitorovala intenzitu bolesti před aplikací, ale i v jejím průběhu. Nezbytné je také sledování místa aplikace, aby nedošlo k poškození pokožky nebo její necitlivosti. Při jakýchkoli komplikacích či nejasnostech je vhodné aplikaci ukončit a poradit se s lékařem.

b) Subkategorie: Nejefektivnější intervence v managementu bolesti

Velmi diskutovanými intervencemi, které zároveň dosáhly konsenzu jako „neefektivnější“, bylo několik metod spadajících do kategorie⁸ **Emocionální podpora (Aspekty vztahu sestra/ pacient)**. Pro příklad uvedu výrok sestry Karolíny: „Asi nejefektivnější je, když si na pacienta uděláš čas a promluvíš s ním, vyslechneš ho a zodpovíš mu, co ho zajímá. Pohlazení taky hodně pomůže, nebo když ho držíš za ruku anebo jen něčí přítomnost.“

Sestry vnímají jako zásadní **psychickou podporu pacienta**, kam zahrnují **rozhovor** s pacientem, který „může být o čemkoli, co pacienta uklidní, nebo mu zlepší náladu. Takže to nemusí být jen o nemoci, nebo o tom, co bude dál, ale třeba o jeho koníčcích, o rodině.“ (výrok sestry Heleny). V rámci rozhovoru se sestry snaží nejen pacientovi předat potřebné informace, ale i pacienta uklidnit, podpořit, zajistit pocit bezpečí, jistoty a porozumění. Zároveň, jak samy uvádějí, je důležité **poskytnout i pacientovi dostatek prostoru**, aby se sám mohl vyjádřit k tomu, co ho trápí nebo zajímá. Jediné úskalí, které sestry v této intervenci spatřují (pokud má sestra dostatek času), je možné riziko poškození pacienta podáním informací, které nejsou v kompetenci sestry, nebo je jejich obsah nevhodný. Během rozhovoru také sestry poskytují pacientům potřebné **přípravné**

⁸ Kategorizace nefarmakologických intervencí dle Pölkki et al. (2001) – viz příloha č. 6.

informace, tzn. edukují a informují o průběhu a realizaci naplánovaných ošetrovatelských intervencí, které pacienta čekají. O efektu edukace a informovanosti hovořila sestra Iveta: „*Před každým výkonem mu vše vysvětlit, aby se nebál a neměl větší stres.*“

Pacientům po různých operacích či traumatech zasahuje hospitalizace významně do mnohých oblastí života, jako např. manželských a rodinných vztahů, trávení volného času, postavení v zaměstnání, pohyblivosti, péče o sebe samého, komunikace aj. Velké množství z těchto činností je spjata s kontaktem s jinou osobou/ osobami, a zajišťuje tak **potřebu sociálního kontaktu**. Tuto intervenci sestry vnímají jako velmi potřebnou a v mnohých případech i efektivní intervenci v rámci managementu bolesti. Ani jedna ze sester se nebrání haptickému kontaktu s pacientem a pro jeho zklidnění a podporu ho často využívají nejen při bolesti. Hodně diskutovaným tématem byla v rámci zajištění sociálního kontaktu **přítomnost rodiny**. V případech (a těch je dle sester většina), kdy má rodina na pacienta pozitivní a motivující vliv, kdy jsou pacienti plni elánu a chuti k uzdravení, je jejich přítomnost velmi efektivní nejen pro zlepšení psychického stavu pacienta, ale i jeho vnímání a prožívání bolesti. V některých případech má však přítomnost blízké osoby na pacienta přesně opačný vliv. Jedná se hlavně o situace, kdy rodina užívá formulace typu „*Vždyť to tě musí strašně bolet*“, „*To tě určitě bolí*“ apod. Sestra Natálie zmiňuje další možná negativa, se kterými se v rámci své praxe setkala: „*Někdy je návštěva rodiny těžce kontraproduktivní. Přítomnost rodiny někdy pacienta ještě víc psychicky rozladí, jsou pak víc emotivní a plačtiví. Nebo když naopak chodí hodně často a na hodně dlouho. Toho pacienta to samozřejmě unavuje a vyčerpává.*“ Tyto situace jsou však dle sester velmi sporadické a přítomnost rodiny je efektivním pomocníkem při zvládání bolesti.

Jak se informantky shodly, jsou pacienti na jednotkách intenzivní péče/ ARO často **vystavováni nočním intervencím**, jakými jsou např. aplikace léků, polohování, nezřídka pacienti podstupují i různá kontrolní vyšetření. Z důvodu nepřetržitých lékařských či ošetrovatelských intervencí může být **narušen pravidelný biorytmus**, může dojít k rozvoji **spánkové deprivace a k poruchám kognitivních funkcí** pacienta. To vše může mít negativní dopad na prožitek bolesti. Proto je důležité **zajistit kvalitní spánek a odpočinek** všem pacientům s bolestí. I přesto, že zajištění klidu bývá na těchto odděleních obtížné, informantky se o to pokouší v nejvyšší možné míře. Sestry zmiňovaly minimalizaci nočních intervencí na nejnižší možnou mez, kontrolu všech dávkovačů a pump, aby k jejich dokapání a následné výměně nedocházelo několikrát v průběhu noci, minimalizaci osvětlení, snahu nebýt při práci hlučný, úpravu hlasitosti alarmů na monitoru u pacientů apod. Pro sestry, které pracují na odděleních, která nemají oddělené jednolůžkové boxy, je realizace této intervence náročnější.

Některé z názorů, které byly v rámci rozhovorů sestrami zmiňovány k ostatním NFI, ale vzhledem k rozsahu analyzovaných dat zde nebyly probírány, jsou uvedeny v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 Názory sester na jednotlivé nefarmakologické intervence

Typ NFI	Komentáře
Psychologické metody ovládání bolesti	
Muzikoterapie	<p>N: „Je to levná a nenáročná metoda. Na každém boxe je počítač a je tedy možné pustit každému pacientovi hudbu.“</p> <p>D: „Nevím, zda se tomu dá říkat muzikoterapie, protože nemáme nějaké speciální relaxační CD. Pokud si pacient nebo jeho rodina přinese, něco co má rád, tak není problém mu to přehrát. Máme i rádia, tudíž můžeme naladit i oblíbenou stanici.“</p>
Rozptýlení (TV, rádio, kniha, časopis...)	<p>H: „Rozptýlení je určitě efektivní v každé formě, která vyhovuje pacientovi.“</p> <p>D: „Pro rozptýlení máme například televize, rádia. A obzvlášť pro naše neurologické pacienty si myslím, že je to velmi dobrá forma rozptýlení, protože například knížky a čtení u nich není moc uplatnitelné.“</p>
Imaginativní techniky	<p>H: „Někdy pacientům říkám, ať si představují něco hezkého. Nejsem si ale jistá, zda je to takto správně. Nicméně, často to alespoň trochu pomůže.“</p> <p>N: „Nejsem proškolená na použití této metody.“</p>
Hluboké antistresové dýchání	<p>I: „Toto mě nenapadlo teď konkrétně zmínit, ale je to dobré odvedení pozornosti pacienta. Soustředí se na dýchání a tolik nevnímá bolest, například.“</p> <p>N: „Mám osobní zkušenost s léčbou bolesti tímto způsobem. Mně osobně třeba hodně pomohla při bolesti v bedrech.“</p>
Aromaterapie	<p>N: „V intenzivní péči pro tuto intervenci není moc využití. Pouze pro pacienty, kteří nemají zajištěné dýchací cesty. U nás se ale nevyužívá.“</p>
Dostatek informací (o nemoci, převazech, léčebných postupech...)	<p>H: „Toto je taky velmi důležitá intervence. Nicméně jak moc to ovlivní bolest, to nedokážu posoudit. Nikdy jsem si to pořádně s vlivem na psychiku pacienta a následným ovlivněním bolesti nespojovala, i když je to vlastně logické.“</p> <p>M: „Pacienta informujeme vždy, když se mu jdeme například něco převazovat a podobně. Zodpovíme cokoli, co ho zajímá. Informace poskytují sestry i lékaři. Když nejsem schopná pacientovi odpovědět, zajistím mu rozhovor s lékařem.“</p>
Metody fyzické	
Jednoduché masáže (koncept bazální stimulace, vtírání chladivých, hřejivých emulzí...)	<p>H: „Určitě to má své místo v rámci JIP. Pacienti jsou zde často ležící, takže například masáž zad uvítají.“</p> <p>I: „Provádíme při hygieně, popřípadě při polohování, nebo když pacient cítí nepohodlí. Pacienti si to pochvalují.“</p>

	N: „Bazální stimulace je velmi efektivní. Jednoduché masáže zad pacientům velmi pomáhají.“
Polohování, mobilizace, pohybová aktivita	N: „Velmi důležitá forma tlumení bolesti. Sama si nedokážu představit, že budu nehnutě ležet 2 hodiny. Je výhodnější měnit polohu často. Někdy stačí posunout polohovací pomůcky o 2 cm, stejně tak i jednotlivé končetiny.“
Teplé/ Studené obklady	H: „Hojně využíváme ledování, převážně v traumatologii.“
Aspekty vztahu pacient- sestra (Emocionální podpora /podpůrný rozhovor)	
Aktivní naslouchání	M: „Aktivní naslouchání je bezesporu velmi účinné pro zklidnění pacienta.“ N: „Často na vyslechnutí pacienta není čas. Sester je v intenzivní péči málo a často jsou v časové tísní.“
Psychická podpora (povzbuzování, uklidnění, autosugestivní formulace aj.)	H: „Určitě je hodně důležité a skoro stěžejní, řekla bych, mít s pacientem dobrý vztah. Pacienti se více snaží, jsou přístupnější právě i k využití nějakých NFI, snaží se mobilizovat a podobně.“
Dopomoc při rozhodování	I: „Když už s tím pacientem mluvím, tak dám samozřejmě prostor i jemu, aby se vyjádřil, co ho trápí, co potřebuje vědět, s čím chce poradit.“ K: „Je to pro mě součást rozhovoru. Pacientovi můžu nějakým způsobem vysvětlit určité alternativy a usnadnit mu tím třeba rozhodnutí nad něčím a tím mu třeba i psychicky ulevit. Ale takto samotnou mě to nenapadlo říct jako intervenci.“
Orientace v realitě	M: „Patří to k naší práci. Ale možná si to ani sestry neuvědomují, že tím ovlivní psychiku pacienta. Nevnímají to jako NFI, protože to děláme běžně.“ S: „I několikrát denně řeknu pacientovi kolik je hodin a jaká je část dne. Často mají přehozený den a noc.“ D: „Kolikrát, když třeba došly baterky v hodinách na pokoji, tak pacienti byli hnedka rozhození, že nevědí kolik je hodin. Celkově je to rozladilo. Ale asi jsem nad tím primárně nikdy nepřemýšlela jako nad intervencí, která ovlivňuje prožitek bolesti.“
Kontakt s pacientem (udělat si na něho chvílku, podržet za ruku, posedět u něho aj.)	N: „Pro mě naprosto samozřejmá součást péče o pacienta, je to velký projev lidskosti.“ Ž: „Pokud nám pracovní vypětí dovolí, nemám jediný problém pacienta podržet za ruku, nebo ho vyslechnout, protože i malé pohlazení pacientovi pomůže.“
Přítomnost rodiny (popř. zapojení rodiny do péče)	N: „Přínosem je pouze někdy, jsou blízcí, kteří naopak vyvolávají v pacientech neklid a úzkost.“

Dopomoc při denních aktivitách - hygiena, vyprazdňování, výživa aj.	S: „Hodně důležité. Beru to jako náplň svojí práce. Dělam to vlastně skoro pořád. Ale nikdy jsem nad tím neuvažovala jako nad NFI.“
Vytvoření příjemného prostředí	
Zajištění kvalitního spánku (důmyslné rozplánování intervencí, vyšetření aj.)	M: „Kvalitní spánek je u nás na JIP trochu problém. Samozřejmě se snažíme zajistit co nejvíce klidu, snažíme se co nejrychleji reagovat na veškeré alarmy, aby to pacientům nehoukalo nad hlavou. Zavíráme jim dveře.“ N: „Odpočatý pacient lépe spolupracuje při polohování, rehabilitaci a denních činnostech.“
Minimalizace rušivých elementů (úprava osvětlení, hlasitost alarmů, aj.)	S: „Hlavně v noci se snažíme zajistit klid, ale na ARO mají pacienti ordinace každou hodinu i v noci.“
Zvelebení okolí (rozmístění fotek, obrázků od rodiny...)	N: „Tyto intervence zlidšťují prostředí intenzivní péče, které je velmi přetechizované.“ Ž: „Pokud rodina pacientovi donese jakékoliv osobní věci, fotky, plyšáky, knihy, není problém, aby to měl pacient u sebe.“ K: „Nedovedu říct, jak moc to ovlivní bolest, ale určitě se ti pacienti cítí lépe, jsou pozitivnější.“

Zdroj: Autor textu

5.5. Vzdělávací potřeby sester (DVO 6)

Poslední závěrečná kapitola konkretizuje vzdělávací potřeby sester.

5.5.1. KATEGORIE 10: Jaké informace sestry postrádají, požadují a potřebují

V rámci analýzy dat jsem zaznamenala několik skutečností, které dokazují, že sestry potřebují více informací o nefarmakologických intervencích, což svými tvrzeními dokládají i samotné informantky, které si tento fakt uvědomují.

Ať už měly sestry účastníci se tohoto výzkumu větší, či menší vědomosti/dovednosti/zkušenosti o nefarmakologických intervencích, všechny by si rády prohloubily své vědomosti. Začaly by tedy se změnami na úrovni kvalifikačního/ pregraduálního vzdělávání.

Nyní jako sestry z praxe řadí informantky mezi nepřijatelnější formy informačních zdrojů kurz či školení, které by jim poskytlo ucelené informace o možných intervencích uplatnitelných v intenzivní péči. Sestry by se rády v rámci kurzů dozvěděly i výsledky různých tuzemských a zahraničních studií. Jako další přínos kurzu uváděly i možnost sdělení si svých zkušeností či praktický nácvik a trénink různých modelových situací, ve kterých by si mohly modelovat i roli pacienta. Sestra Iveta říká: „Bylo by fajn mít nějaký specializovaný kurz na nefarmakologické

tlumení bolesti, kde by bylo víceméně shrnuto, jak správně postupovat. Ideálně, aby to bylo interaktivní ve skupině, aby si to všichni mohli vyzkoušet navzájem a líp tak pochopit roli pacienta. Možná by se pak některých věcí vyvarovali.“ Sestra by tímto způsobem lépe pochopila, jak pacient vnímá chování sestry, ale i jak určité chování ovlivňuje prožitek bolesti.

Sestra Karolína vidí přínos ve sdělení si zkušeností s ostatními účastníky kurzu a možnosti dozvědět se o různých aktualitách či inovacích v této problematice. Říká: *„Opakování není nikdy na škodu. Pomocí nějakého kurzu nebo školení na využití nefarmakologických intervencí se může člověk dozvědět nějaké novinky nebo zkušenosti ostatních pracovníků. Osobní zkušenosti jsou přeci jen kolikrát lepší, než něco, co je někde napsané, ale pořádně ani nevyzkoušené.“* Často diskutované byly i kurzy, které by se zaměřovaly na vhodnou komunikaci a jednání s nemocnými s bolestí v různých obtížných situacích. Například se zmatenými, agresivními, nespolupracujícími pacienty, ale i s nemocnými s různými charakterovými vlastnosti, kteří vyžadují specifický přístup.

Některé sestry vnímaly jako přínos i samotný rozhovor s výzkumníci, který jim ukázal různé možnosti a intervence, jež dříve prováděly zcela rutinně, aniž by si uvědomily jejich potenciál v managementu bolesti. Sestry budou nyní o určitých činnostech více přemýšlet a soustřeďovat se na jejich aplikaci i v praxi.

6. DISKUZE

Hlavním zaměřením práce bylo analyzovat, jakou roli zastává sestra v rámci managementu bolesti s využitím nefarmakologických intervencí u pacientů hospitalizovaných na oddělení IP/ ARO.

Analýzou dat bylo identifikováno celkem 10 kategorií, které se vzájemně ovlivňují a společně formují odpověď na hlavní výzkumnou otázku. Tyto kategorie byly již v rámci interpretace dat rozčleněny pod jednotlivé dílčí výzkumné otázky, aby byla orientace v textu přehlednější. Ve stejném pořadí budou následně jednotlivé kategorie diskutovány a komparovány s výsledky jiných studií publikovaných v českém jazyce, či se zahraničními zdroji. V závěru diskuze budou prezentována doporučení pro praxi, jež vychází přímo ze zjištěných poznatků.

➤ Zdroje poznatků sester o nefarmakologické léčbě bolesti (DC 5)

Kapitola 1 obsahovala dvě na sebe navazující kategorie, které prezentovaly výsledky analýzy dat, jež se snažily zodpovědět dílčí výzkumnou otázku č. 5.

V *první kategorii* „Zdroje informací“ informantky popisovaly své zkušenosti s výukou nefarmakologické léčby bolesti. Na základě analýzy dat lze konstatovat, že sestry hodnotily rozsah a kvalitu výuky celkem shodně, a to jako nedostatečnou. Sestry se snažily konkretizovat a specifikovat, kde shledávají hlavní nedostatky ve výuce. Jako zásadní problémy sestry vnímají nevhodnou formu výuky a kvalitu poskytovaných informací, o čemž svědčí i fakt, že sestry musely velmi často zdlouhavě přemýšlet a vzpomínat, co konkrétně a v jakých předmětech bylo probíráno, popřípadě zda vůbec. Většina sester též negativně vnímá nepoměr mezi podávanými informacemi o farmakologické a nefarmakologické léčbě bolesti. Jelikož je preskripce farmak dle české legislativy (viz Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) výhradně v kompetencích lékaře, a nefarmakologické intervence, jež jsou dle výpovědí sester uplatnitelné v IP/ARO, mohou ve většině případů aplikovat sestry samy, mělo by se jim dostat potřebné množství informací o těchto metodách. Dle Gulášové (2008) je sestra nepostradatelným partnerem lékaře v rámci diagnostických i léčebných procesů při léčbě bolesti. Je tedy důležité budoucí sestry vést tímto směrem, aby nebyly pouhými pasivními vykonavateli lékařských ordinací, jak bylo v nejednom případě informantkami zmiňováno, ale i plnohodnotnými a aktivními členkami multidisciplinárního týmu, které vykonávají vlastní intervence v rámci ošetrovatelského procesu, včetně aplikace NFI. Ke všem těmto činnostem potřebuje sestra mimo vlastního odhodlání pomoci druhým hlavně dostatek informací, vědomostí a dovedností. Kladný postoj sester akademiček a mentorek k NFI, jejich erudice a orientace v této problematice a podpora studentů ošetrovatelství k samostatnosti při využívání nefarmakologických intervencí v praxi je nepostradatelná.

Z různých studií vyplývá, že situace je obdobná i v jiných zemích a je nezbytné zařadit informace o nefarmakologické léčbě bolesti do studijních osnov v širším rozsahu (např. Francis et al., 2012; Karabulut et al., 2015). Francis a Fitzpatrick (2012) ve své popisné průzkumné studii zkoumala vědomosti a postoje sester týkající se pooperační bolesti. Výzkumný vzorek obsahoval 31 zdravotních sester a 14 pacientů, kteří byli monitorováni 1. – 2. den po operaci. Pro hodnocení znalostí a postojů sester byl použit dotazník „The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain“, intenzita bolesti pacientů byla hodnocena pomocí McGill dotazníku. Průměrné skóre

sesterských znalostí o problematice bolesti bylo 69,3 %. Průměrné skóre pro otázky znalostí bylo nižší než průměrné skóre pro otázky přístupu. Pacienti zažívali mírnou bolest. Karabulut (2015) se ve svém popisném výzkumu zaměřil přímo na samotné studenty ošetrovatelství. Výzkumného dotazníkového šetření se účastnilo 388 studentů (n= 388), z nichž 92% mělo osobní zkušenost s bolestí, k jejímuž snížení využívají i různé druhy NFI.

Zásadním zjištěním této kategorie bylo, že sestry mají zájem o nefarmakologickou léčbu bolesti a aktivně si o ní samy vyhledávají informace, ať už na internetu, nebo v různých odborných periodikách. Čerpají i ze zkušeností kolegyně, či svých vlastních. Pokud mají s nějakými intervencemi či metodami osobní zkušenosti, popřípadě se jim v praxi již osvědčily, aktivně je nabízí i pacientům s bolestí. K obdobným výsledkům dospěli na základě randomizované studie i Tracy et al. (2005), kteří uvádí, že existují mnohé faktory, které se mohou podílet na přístupu sester k využití NFI a četnosti jejich využívání u pacientů v intenzivní péči. Zmiňují nejen dostatečnou úroveň vědomostí o NFI a patřičných dovedností, ale i osobní zkušenosti s jednotlivými intervencemi, či přesvědčení sester, že aplikovaná intervence je legitimní a efektivní. Na základě výsledků tohoto výzkumu lze konstatovat, že je více než relevantní spojit ve výuce aplikaci NFI s postupy dle EBP, jelikož sestry mají zájem o tyto techniky a požadují o nich více informací, popřípadě důkazů o jejich prospěšnosti a bezpečnosti u kriticky nemocných pacientů.

Zdroje informací, které jsou nabízeny zaměstnavatelem, ať už formou nemocničních standardů, nebo kurzů/ seminářů/ školení, byly také hodnoceny jako nedostačující. Standardy týkající se bolesti byly všemi informantkami popisovány vesměs obdobně. Zaměřují se převážně na hodnocení intenzity bolesti, správný zápis do dokumentace a farmakoterapii. Kurzy zabývající se nefarmakologickou léčbou bolesti u pacientů v IP/ ARO jim nabízeny nebyly. Tento fakt je však zapříčiněn pravděpodobně tím, že seminář či kurz, který by se specificky orientoval na nefarmakologickou léčbu bolesti v kontextu IP/ ARO, dosud neexistuje. Ze zahraničních studií je zřejmé, že vzdělávací programy o řízení bolesti by mohly být pro sestry z praxe přínosné při zlepšování jejich znalostí o bolesti a postojů vůči léčbě bolesti (např. Matthews a Malcolm (2007); Abdalrahim et al. (2010) aj. – podrobněji dále v textu). V České republice mají sestry možnost specializačního studia ARIP, které se zabývá přímo problematikou pacientů v IP/ ARO. V jejich studijních osnovách jsem však našla jen minimální zmínky o NFI. Mnoho kurzů v rámci postgraduálního vzdělávání nabízí i NCO NZO (). Na rok 2020 nabízí kurz zabývající se bolestí, který bude nabízet mimo algeziologie i praktický nácvik komunikace s pacienty s bolestí.

Druhá kategorie této kapitoly byla logickým vyústěním první kategorie, jelikož kompetence lze chápat jako množství určitých schopností, vědomostí a dovedností, či jako soubor zkušeností, postojů, motivace, znalostí, vlastností a osobnostních charakteristik požadovaných k výkonu určité činnosti, například profese (Havlíčková, 2015). V právní terminologii znamená spíše rozsah pravomocí. Kompetence sester jsou vymezeny jejich dosaženým vzděláním, jež definuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a specifikovány vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MZČR). Současná medicína se stále zdokonaluje, což s sebou nese i zvýšené nároky na sestru, nejen po stránce vědomostní. Jelikož musí mnohdy velice šetrně hospodařit s časem, měla by disponovat i notnou dávkou organizačních, komunikačních a edukačních schopností. Informantky se necítí být

zákonem při využívání NFI v praxi nijak výrazně limitovány. Zdůrazňovaly spíše určité vlastnosti, schopnosti, dovednosti, znalosti či osobnostní předpoklady, které by sestra měla mít, aby byla schopna nefarmakologické metody v praxi efektivně využít. Abdalrahim et al. (2010) ve své studii uvádí, že budoucnost léčby bolesti spočívá v lepším vzdělávání zdravotnických pracovníků, především sester, ale i postojích a dovednostech těch, kteří léčbu a péči poskytují.

➤ **Pochopení pojmů a znalosti sester o možnostech využití NFI (DC 1)**

Druhá kapitola shrnovala informace potřebné k zodpovězení výzkumné otázky č. 1.

V kategorii č. 3 „Orientace v základní terminologii“ sestry popisovaly, jaký význam pro ně bolest má. Je určitě pozitivní, že všechny informantky si plně uvědomují subjektivitu bolesti, o čemž svědčí i množství proměnných, které při jejím hodnocení zohledňují. Sestry zmiňovaly např. rozsah či lokalizaci operační rány, které mohou ovlivňovat intenzitu bolesti. S tímto se ztotožňuje i Zemanová a Zoubková (2012), či Málek a Ševčík (2014), kteří uvádí, že pooperační bolest může být ovlivněna nejen rozsahem a lokalizací operačního výkonu, ale i předoperační přípravou psychologickou a farmakologickou, typem anestezie, možným výskytem chirurgických komplikací, kvalitou preemptivní a pooperační analgezie, psychickým a fyzickým stavem pacienta s přihlédnutím k individuálnímu přístupu pacienta k bolesti a kvalitou pooperační péče. Dále sestry hovořily o prahu či toleranci k bolesti, které jsou u každého pacienta velmi individuální. V této souvislosti je důležité mít na mysli, že tyto dva komponenty se u různých pacientů diametrálně liší a mohou se lišit i u stejného člověka při změně okolností (Kolektiv autorů, 2006). I proto je třeba vyhnout se případnému zobecňování a bagatelizaci subjektivního prožitku bolesti pacienta, jelikož jejich reakce mohou být v průběhu hospitalizace velmi odlišné. Sestry také zmiňovaly i určité charakterové vlastnosti, které mohou mít vliv na přístup pacientů k bolesti či léčbě. Tyto projevy chování však dávaly do souvislosti pouze s osobností jedince. Postrádala jsem zmínku o tom, že právě negativismus, podráždění, nepřátelské chování, agresivita a podobně mohou být známkou přítomnosti bolesti. Jak uvádí Kabelka, Alexandrová a Sláma (In Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011) mnoha lidem přináší mluvení, ale i křik úlevu od napětí, které bolest vyvolává. Pouze zkušenost, praxe a supervize naučí zdravotníka se s takovou reakcí vyrovnávat a hlavně rozlišovat, zda je tato reakce směřována na zdravotníka, či pacientově bolesti. Sestry si též uvědomují, jak negativně může na vnímání a prožitek bolesti působit samotné prostředí intenzivní péče. I Lukeš (2011) zmiňuje negativní dopad na psychiku nemocného vlivem přetrvávajícího pocitu izolace, pobytu v cizím, nepřívětivém a mnohdy hostilním prostředí jakým odd. intenzivní péče může být, ale i permanentní nejistotu, strach z onemocnění a obavy o budoucnost svoji a svých blízkých. Jak uvádí Tracy et al. (2005), mnoho nefarmakologických intervencí může zmírnit stres vyvolaný pobytem v tomto prostředí a přispět ke komfortu pacientů v kritickém stavu. Přínosem však může být i pro rodiny pacientů, či zdravotnické pracovníky z IP/ARO. Zároveň mohou zpříjemnit přetechnizované prostředí těchto pracovišť.

V druhé části této kategorie se sestry vyjadřovaly k termínu „management bolesti“. I přesto, že byl až do našeho rozhovoru pro většinu informantek neznámý, lze konstatovat, že na kvalitu péče o pacienty s bolestí toto zjištění nemá žádný vliv, jelikož jednotlivé úkony a intervence, které management bolesti zahrnuje, sestry znají.

Čtvrtá kategorie „Postoje a přístupy sester k bolesti a její léčbě“, shrnuje několik přístupů, které byly analýzou dat získány. Při formování postojů k prožívání/vnímání bolesti je, mimo výše zmíněných vědomostí, velmi důležité, jakou zkušenost s postojem k bolesti má člověk zakódovanou z dětství a jakým způsobem ostatní členové rodiny na bolest druhého reagovali (Moos, 2014). Nejen že si tedy s sebou člověk z mládí přináší určité vzorce chování, kterými reaguje na vnímanou bolest, ale i na bolest ostatních. Analýzou dat bylo zjištěno, že na přístupu sester k bolesti a její léčbě, se mimo již zmíněných faktů podílí i vlastní zkušenosti s bolestí či určitým výkonem. Všechny tyto vlivy mohou mít na sestry jak pozitivní, tak negativní dopad.

Soucitná péče je nezbytným aspektem kvalitní ošetrovatelské péče, kterou pacienti od poskytovatelů zdravotních služeb očekávají, a zároveň je považována za nejcennější hodnotu sesterské profese (Davison, Williams, 2009). Významnou úlohu při poskytování vysoce humánní ošetrovatelské péče, jež má za cíl zmírnit či odstranit utrpení, které bolest vyvolává, má právě sestra (Dučaiová, 2011). Na druhou stranu se prokázalo, že i přesto, že si sestry velmi dobře uvědomují subjektivní ráz bolesti, v některých případech se neubrání bagatelizaci pacientových výpovědí. Toto zjištění je jistě znepokojivé a příčinou může být neshoda mezi představami sester o intenzitě bolesti a pacientovou výpovědí, či vystupování pacienta, které se nemusí ztotožňovat s verbalizovanou intenzitou bolesti. K obdobným výsledkům dospěl ve své fenomenologické studii Kloppe et al. (2006), který porovnával hodnocení bolesti sestrami (n= 12) a pacienty (n= 36) v pooperačním období. Zjistil, že se sestry při posuzování bolesti zabývají vzhledem pacienta, užívají svých předchozích zkušeností k posouzení pacientových reakcí na bolest a předvídají intenzitu pacientovi bolesti v závislosti na typu operace a nikoli na pacientově výpovědi. Lze tedy usuzovat, že možnou příčinou bagatelizace prožitku pacientovy bolesti může být i nedostatek empatie, kdy sestry nejsou schopny odložit svá přesvědčení a vlastní názory a skutečně se vcítit do pocitů nemocného.

Je pozitivní, že sestry sledují i celkové vystupování nemocných a nonverbální projevy bolesti, je však nepřipustné, aby pouze absence těchto projevů byla důvodem k bagatelizaci pacientova prožitku bolesti. Všechna tato zjištění svědčí o možné nedostatečné schopnosti empatie, či neuspokojivé znalosti patofyziologie bolesti ze strany sestry.

Dále bylo zjištěno, že se ještě stále můžeme setkat s biomedicínským modelem péče. Jak uvádí Tóthová, sestry se v rámci tohoto modelu zaměřují hlavně na uspokojování tělesných potřeb, na výkon a na technické dovednosti, přičemž duševní (psychická) stránka je opomíjena (Tóthová, 2002 In Stasková, Tóthová, Kořán, 2019). Z analýzy dat lze usuzovat, že může existovat propojenost mezi přetrváváním tohoto přístupu a nezájmem sester o pacienta, nízkou motivací k výkonu sesterské profese, nedostatkem času, vědomostí či únavou sester z již výše zmíněného přepracování. Ne vždy totiž sestra pečuje na těchto pracovištích pouze o jednoho pacienta, a v akutních případech má tak na ostatní pacienty velmi omezené množství času, kdy provede nejnutnější zásahy (aplikace léků, převaz, zhodnocení a záznam vitálních funkcí apod.). V této souvislosti je nutné zmínit tzv. koncept chybějící péče. Kalish (2009) tento koncept vysvětluje jako potřebnou ošetrovatelskou péči, kterou pacient vyžaduje či potřebuje, avšak sestrou není tato péče zčásti popř. zcela poskytnuta (Kalish, 2009 In Locihová a Andersová, 2016). Ze studií, zkoumajících tento koncept (např. El Rehem, Elhamid, Elsalam, 2014; McMullen et al., 2017), vyplývá, že právě nedostatečný počet sester je hlavní příčinou výskytu určitých aspektů chybějící

péče. U nás se této problematice věnovala ve své diplomové práci autorka Šťastná (2019), která výskyt chybějící péče připisuje nejen nízkému počtu sester, ale i nedostatečnému materiálnímu zajištění, akceptovatelnosti chybějící péče vedením, nedostatečné implementaci standardů do praxe, rutinnímu provádění ošetrovatelské péče aj. Jak uvádí autoři Davison a Williams (2009) stále přibývá počet nových technologií a pokroků v medicíně, což s sebou nese zvýšené nároky na sestry i přesto, že se zdravotnictví v posledních letech potýká s výrazným nedostatkem zdravotnického personálu. Ani tyto argumenty by však neměly být důvodem k poskytování nekvalitní ošetrovatelské péče, ve které chybí soucit a pochopení. V souvislosti s přetrváváním biomedicínského modelu byla zmiňována určitá rigidita sester a jejich nechuť měnit zažité přístupy, resp. implementovat do praxe změny. Zda je příčinou nízká motivace ze strany zaměstnavatele, neschopnost některých sester získávat nové informace prostřednictvím internetu, či minimální množství patřičných kurzů či školení, může být předmětem směřování dalšího výzkumu na téma NFI v praxi.

Důsledkem nedostatečných znalostí, vědomostí či dovedností může být i výše prezentovaná „nereflektovaná praxe“, kdy sestry provádí určité výkony zcela rutinně, aniž by předem zvažovaly možné důsledky na pacientovu bolest či jeho vnímání/ prožívání bolesti. Příčin nereflektovaného využití NFI bylo identifikováno několik, avšak všechny pramení z nedostatku dovedností a vědomostí o těchto technikách. Pokud se nynější neuspokojivá situace v kvalitě a množství poskytovaných informací o této problematice na úrovni středoškolského i pregraduálního vzdělávání a nabízených kurzů/ seminářů/ školení nezmění, nebudou moci sestry cíleně využít celé spektrum nefarmakologických intervencí, které by v rámci IP mohly být realizovány a využívány. Glowacki (2015) uvádí, že jedním z problémů je i nedostatečná integrace současných poznatků a znalostí o účinném zvládnutí bolesti do každodenní péče o pacienty s bolestí, což může vést ke zbytečným fyzickým, psychickým a emocionálním projevům.

Poslední kategorií, která byla zařazena pod DVO č. 1, byla *kategorie č. 5* o hodnocení a monitoringu bolesti sestrou. Pro efektivní zvládnutí akutní (např. pooperační) bolesti musí být sestry schopné adekvátně posoudit závažnost bolesti, pochopit a umět sledovat fyziologické změny spojené s bolestí a její léčbou, být schopné řešit psychosociální projevy doprovázející bolest a v neposlední řadě znát důsledky nedostatečné analgezie. Problematikou hodnocení bolesti u pacientů v IP/ ARO se zabývá mnoho autorů, kteří prosazují využívání spolehlivých hodnotících škál specificky vycházejících z potřeb kriticky nemocných (Dunwoody et al., 2008; Paulson-Conger et al., 2010; Herr et al., 2011; Macík, 2013; Stites, 2013; Park a Kim, 2014; Glowacki, 2015 aj.). Je důležité, aby sestry znaly a dodržovaly příslušné směrnice, které mají k dispozici pro hodnocení bolesti a monitorování pacientů (Dunwoody et al., 2008). V praxi je dodržování směrnic a standardů kontrolováno prostřednictvím auditů a managementem kvality. K těmto účelům slouží Spojená akreditační komise (SAK), která hodnotí akreditační standardy dle požadavků MZČR a zároveň předkládá osnovy, co by měly jednotlivé standardy obsahovat.

Z výpovědí sester vyplývá, že za nejefektivnější způsob hodnocení bolesti považují slovní výpověď pacienta. Tento názor zastává i Berman et al. (2016), která slovní výpověď pacienta považuje za nejspolehlivější ukazatel přítomnosti bolesti, jejího charakteru, vývoje či intenzity. U pacientů při vědomí sestry shodně využívají vizuální analogovou škálu (VAS). Na základě analýzy výpovědí však mohou konstatovat, že využívají spíše NRS, či klasické slovní hodnocení bolesti, jelikož VAS je

vizuální (grafická) škála, kde se využívá měřítko, o kterém však ani v jedné výpovědi nebyla zmínka. Správné využití skórovacích škál je ukazatelem efektivity provedených intervencí (Kolektiv autorů, 2006), a mohlo by se tedy zdát, že dosavadní způsob hodnocení bolesti určitými sestrami může být nespolehlivý. Dle jejich výpovědí se však snaží hodnotící techniku maximálně uzpůsobit možnostem pacienta. Je tedy na zvážení, zda by nebylo vhodnější využívat na jednotlivých pracovištích více hodnotících škál, aby se mohli pacienti sami rozhodnout, jaká z možností je pro ně nejvhodnější. S tímto se ztotožňuje i Pokorná (2013), která uvádí, že neexistuje jednotný hodnotící prostředek, a apeluje na individualizování hodnotících škál dle možností, schopností a potřeb jednotlivých pacientů. Z diplomové práce autorky Salové (2017), která zkoumala u 374 sester (n= 374) metody hodnocení bolesti v IP/ ARO v 5-ti nemocnicích (dotazníkové šetření), vyplývá, že i na těchto pracovištích je nejčastěji využívána škála VAS (n=291; 77,8%), NRS (n= 250; 66,8%), sledování FF (n=172; 45,99%), slovní vyjádření (n= 138; 36,9%). Pouze 50 (n= 50;13,3%) respondentů uvedlo, že využívá jiné škály, jako např. BPS, FLACC, NIPS apod. Autorka Osíčková (2016) se ve své diplomové práci (dotazníkové šetření) zabývala obdobným tématem. Ze 135 dotazovaných sester IP (n=135) jich 73 (54,1%) využívá VAS a 62 (45,9%) VAS souběžně s BPS. Využití jiných škál nebylo v práci zmiňováno.

Podstatně neuspokojivější situace je při hodnocení bolesti u pacientů, kteří nejsou schopni žádného vlastního relevantního hodnocení bolesti. Nežádá se tomu právě na zmíněných pracovištích, ať už vlivem akutního stavu pacienta, z důvodu invazivního zajištění dýchacích cest s připojením na umělou plicní ventilaci, kvalitativních nebo kvantitativních změn vědomí vlivem vlastního onemocnění či širokým spektrem podávaných léků, zejména sedativ. Skutečnost, že člověk není schopen svou bolest verbálně vyjádřit, ještě neznamená, že bolestí netrpí, a nezasluhuje tak adekvátní pozornost a léčbu. Na pracovištích IP a ARO, kde informantky pracují (celkem 6 různých oddělení, 4 různé nemocnice), jsou tyto pacienti hodnoceni pouze škálami GCS, Ramsay škálou či jejími modifikacemi. Tyto škály však slouží k hodnocení stavu vědomí (GCS), či posouzení agitovanosti a hloubky sedace (Ramsey scale). Pro utváření závěrů o ne/ přítomnosti bolesti jsou tedy zcela nedostatečné. Donedávna bylo hodnocení bolesti u kriticky nemocných odkázáno pouze na subjektivní hodnocení ošetřujícího personálu, což sebou neslo velké riziko, že bude intenzita bolesti hodnocena chybně, jelikož je tendencí pozorovatele bolest podhodnocovat. Na základě těchto skutečností byly v posledních letech vypracovány a zdokonaleny tzv. observační testy, jejichž princip vychází z pravidelného pozorování nemocného a detekce případných změn v emoční či výrazové rovině a fyziologických funkcích (Lukeš, 2011). I přesto, že jsou tyto škály dle EBM doporučovány, nejsou zatím využívány na žádném z pracovišť informantek. Autoři Barr et al. (2013) ve svých guidelines pro zvládání bolesti, agitovanosti a deliria u dospělých pacientů v IP, jako nejspolehlivější observační škály pro hodnocení těchto pacientů doporučují Behavioral Pain Scale, která vyhodnocuje 3 kategorie – výraz tváře, pohyb horních končetin a toleranci UPV a nejnovější hodnotící škála Critical Pain Observation Tool, která hodnotí mimo výrazu tváře a tolerance UPV i pohybovou aktivitu a svalový tonus. Je samozřejmostí, že pro využití těchto škál je nezbytné, aby měl pacient zachovalou spontánní neuromuskulární aktivitu. Obě tyto škály jsou na základě výzkumů doporučovány pro hodnocení bolesti u kriticky nemocných pacientů (Gélinas et al., 2010; Paulson-Conger et al., 2011; Stites, 2013).

Sestry dále uváděly, že při samotném hodnocení bolesti sledují změny v hodnotách fyziologických funkcí i případné nonverbální projevy, kterých byla jmenována celá řada. Berman et al. (2016)

však uvádí, že hodnocení bolesti na základě změn hodnot vitálních funkcí či různých nonverbálních projevů a změn chování, je nedostatečné. Toto tvrzení je v souladu s guidelines (Barr et al., 2013), kde také není standardně doporučováno hodnocení bolesti na základě změn fyziologických funkcí. Doporučováno je však při těchto změnách pátrat po možných příčinách bolesti.

V neposlední řadě je důležité zmínit, že sestry postrádají v ošetrovatelské dokumentaci prostor pro záznam samotné aplikace a následné ne/ efektivity využitých intervencí. Často jsou sestry odkázány na pouhé ústní předání informací o uplatněných NFI na konci směny. Jak uvádí Dunwoody et al. (2008) je důležité, aby zdravotničtí pracovníci znali zdravotní historii pacienta, včetně jeho zkušeností z farmakoterapií, ale i nefarmakologickými postupy. Zároveň zdůrazňuje potřebu přehodnocování intenzity bolesti po využití NFI. Analýzou dat bylo zjištěno, že nefarmakologické intervence vnímají sestry jako běžnou součást svojí práce, a lze se tedy domnívat, že autor, který navrhoval design ošetrovatelské dokumentace, neměl potřebu nechávat pro nefarmakologické intervence a jejich záznam větší prostor. Zároveň se však sestry setkávají stále častěji s pacienty, kteří s oblibou využívají různé alternativní způsoby tišení bolesti. I proto se domníváme, že by se do ošetrovatelské dokumentace měly zaznamenávat pacientem preferované a využívané techniky, stejně jako se zaznamenávají reakce a efektivita určitých analgetik.

➤ **Faktory ovlivňující využívání NFI u pacientů s bolestí (DC 4)**

V kategorii č. 6 bylo prezentováno množství překážek, jež sestry při využívání NFI limitují. Je možné shrnout, že všechny však pramení ze dvou hlavních důvodů. V první řadě jde o nedostatek vědomostí/ dovedností, v jejichž důsledku nejsou sestry schopny využívat celé spektrum v IP uplatnitelných intervencí, ať už proto, že intervence neznají, nebo je neumí správně použít. Z této neznalosti poté pramení i strach z neefektivity NFI či možného poškození pacienta s následnou ztrátou jeho důvěry. Z analýzy dat však vyplývá, že ani farmakoterapie není vždy plně efektivní, i přesto je pacienty opětovně vyžadována.

Druhou hlavní překážkou, ze které vyvstávají další limitující faktory, je nedostatek času. Ten sestrám mnohdy neumožňuje využít plně všech možných intervencí. Zároveň častou časovou tísní a z ní plynoucího napětí sestry trpí výkyvy nálad či stresem. Zacharová (2017) k tomuto uvádí, že by měly sestry během výkonu svého povolání dodržovat tzv. zásady profesionálního chování, které se spolupodílí na utváření dobrého vztahu mezi zdravotníky a pacienty. Mezi tyto zásady autorka mimo jiné řadí korekci chování zdravotníků, ovládání a kontrolu negativních emocí a nálad. Všechny informantky vnímají ovládnutí svých emocí jako součást práce sestry profesionálky, avšak zmiňují, že ne vždy jsou toho plnohodnotně schopné. Dlouhodobá psychická zátěž může přitom snížit pracovní výkonnost, zapříčinit poruchy vnímání a koncentrace, zhoršit paměť, zpomalit procesy myšlení, rozhodování a motorické činnosti (Mayerová, 1997). V této souvislosti byl zmiňován i syndrom vyhoření, kdy téměř každá z informantek uvedla, že má na svém pracovišti alespoň jednu sestru, o které se domnívá, že „je vyhořelá“, nebo se tomuto stavu přibližuje. Z výzkumu realizovaného v Norsku (n= 1814), jež se touto problematikou zabýval, vyplývá, že sestry vnímají jako nejzásadnější faktor ovlivňující jejich spokojenost – vedení, respektive roli manažera a dobrou organizaci práce. Při absenci správného vedení a organizace jsou sestry frustrované a více inklinují k vyhoření. Sestry chtějí být podporovány a povzbuzovány vedoucími, vyžadují management znalý problematiky, poskytující zpětnou vazbu (Krogstag et al., 2006). K obdobným závěrům dospěla ve své diplomové práci i autorka Jánová (2011), která

potvrzuje, že nespokojenost a zvyšující se intenzita stresu na pracovišti jsou úměrné riziku vzniku syndromu vyhoření. Z randomizované studie Tracy et al. (2005), která zkoumala využití NFI v IP u 726 respondentů využívajících alespoň 1 NFI v praxi, vyplývá, že hlavními překážkami, které sestrám (n= 726) brání v intenzivnějším využívání NFI, jsou nedostatek praktických dovedností/nácviku (95,3 %) a zkušeností (89,6%), nedostatek času (82 %), nedostatek vhodného vybavení (81,5 %) atd. Osobní neochota byla identifikována pouze u 39,1%.

Nezájem sester o NFI, či jejich laxnost vůči pacientům, či práci obecně je jeden z dalších faktorů, který se podílí na využívání NFI v praxi. V kvalitativní výzkumné studii, které se účastnilo 23 sester, dospěli autoři Dehghan-Nayeri, Ghaffari a Shali (2015) k závěrům, že právě nezájem a laxnost může být jednou z možných příčin chybějící/ nedokončené péče. Také využívání NFI může být další oblastí, která je sestrami nerealizovaná.

Pro úspěšné fungování jakékoli organizace je zapotřebí zdravá organizační kultura, jejímž úkolem je kontinuální zvyšování kvality, implementace potřebných změn aj. Ve zdravotnictví je organizační kultura uplatňována managementem. Na jejím utváření se však podílí i velkou měrou samotní zdravotníci a ostatní zaměstnanci nemocnice (Gladkij a kol., 2003). Právě zaměstnanci by proto měli mít možnost o svých problémech, připomínkách ke stávajícímu stavu, potřebách či podnětech na zlepšení hovořit a implementovat je v praxi. Jak bylo z výpovědí informantek patrné, situace je spíše neuspokojivá a připomínky zaměstnanců jsou sice vyslechnuty, ale ne vyslyšeny. Vytváření pozitivního psychosociálního prostředí, ve kterém je prostor na výměnu názorů, toleranci, respektování postojů a vyjádření kritiky mezi členy multidisciplinárního týmu ovlivňuje interpersonální vztahy, vztahy k pacientům a péči o ně, ale i postoj k práci a plnění úkolů obecně (Gulášová, 2008). Armstrong (2007) uvádí, že čím pevněji jsou sdílené hodnoty zakořeněny, tím větší mají vliv na chování jednotlivců. Je důležité, aby se tyto hodnoty odrážely v chování managerů, vedení oddělení, nadřízených, jinak mají na zaměstnance malý, či nulový efekt.

Výsledky analýzy dat realizovaného kvalitativního šetření upozorňují na stále se rozrůstající administrativu. Přebujelá administrativa, která má „chránit“ hlavně sestry, je v jejich snaze o humánnější péči s využitím NFI mnohdy limituje, jelikož ubírá tolik potřebný čas. Je tedy zásadní, aby i samotné vedení prosazovalo využívání NFI na svých pracovištích a svým zaměstnancům se snažilo utvářet vhodné podmínky pro jejich realizaci. Autor Irmiš (2016) popisuje ve svém článku, že právě nedostatek času, ale i nárůst technologií, které s sebou přináší zvýšené nároky na zdravotnický personál, může vést k dehumanizaci péče.

Prostorové uspořádání jednotlivých pracovišť, může mít také vliv na využitelnost NFI. Většina oddělení IP/ ARO je koncipována jako boxové jednotky, kdy každý jeden maximálně dva pacienti sdílí jeden pokoj, a je tedy snazší zajistit individuální potřeby jedince. Nejméně vhodným prostorovým uspořádáním jsou sály, kdy jsou v jedné velké místnosti uloženi všichni pacienti, včetně sesterského ostrůvku. Tento typ zajišťuje nejefektivnější způsob sledování/monitoringu pacienta sestrou, pro pacienta je však spojen s minimem soukromí, což může negativně ovlivnit aplikaci určitých NFI (např. rozhovor, masáž apod.). Nedostatek soukromí má vliv i na realizovatelnost určitých přání pacienta (např. poslech hudby či televize je možný pouze do sluchátek, pokud vůbec), možnosti eliminovat okolní ruch či osvětlení (přístroje, sténání či hovory ostatních pacientů apod.), a tím zajistit dostatek spánku a odpočinku. Pracoviště IP/ ARO poskytují

vysoce specializovanou odbornou péčí o pacienty v kritickém a život ohrožujícím stavu, je tedy pochopitelné, že tato péče probíhá nepřetržitě 24 hodin.

Hlavní limitující faktor na straně pacientů byl uváděn nezájem či neochota k využívání NFI, jejímž podkladem je strach či obava. Strach spojený s bolestí může být u pacientů příčinou udržování chronické bolesti a závažnou překážkou v její léčbě (Raudenská a kol., 2016). Strach byl dáván také do souvislosti s neznalostí určitých metod, a tedy určitou nedůvěrou v jejich efektivitu. Strach z bolesti či strach z nových, pacientem v minulosti nevyzkoušených postupů, je možné minimalizovat vhodnou a řádnou edukací a využitím NFI jako komplementárních metod.

Kategorie č. 7 prezentovala faktory, které sestry motivují k intenzivnějšímu využívání NFI. Nejčastěji zmiňovaným motivačním faktorem byla pozitivní odezva od pacienta či jeho rodiny. Zároveň je pro sestry motivující, že i ony samy mohou zmírnit pacientovo utrpení, a to hlavně v případech, kdy jsou ony samy jeho původcem. S tímto se ztotožňuje ve své studii i Jong a Middelkoop et al. (2007), kteří uvádí, že aktivní účast sester na tlumení bolesti na ně může mít pozitivní dopad.

Velmi důležitá je pro sestry i dobrá multidisciplinární spolupráce. Pro dobře fungující multidisciplinární tým je zásadní, aby všichni jeho členové sdíleli stejné hodnoty a postoje k využívání nefarmakologických intervencí. Autorky Bártlová, Chloubová a Trešlová (2010) uvádí, že členové fungujícího týmu si uvědomují důležitost vzájemné součinnosti, závislosti a spolupráce při plnění společných cílů. Je však zapotřebí se týmové práci věnovat, podporovat komunikaci a vzájemnou spolupráci všech členů. Na základě analýzy dat lze konstatovat, že oslovené informatiky z řad sester se obracejí jak na lékaře či operatéry, tak i na klinické psychology, rehabilitační pracovníky či různý pomocný personál (sanitář/ sanitářka). Uplatňování multidisciplinárního týmového přístupu při péči o pacienty s bolestí navrhuje v doporučených postupech analgezie a sedace dospělých pacientů v intenzivní péči i Černý a kol. (2014). Ztotožňují se s tím i autorky Raudenská a Javůrková (2011).

Na základě výsledků realizovaného kvalitativního šetření bylo zjištěno, že je vhodné aplikaci nefarmakologických intervencí kombinovat s farmakoterapií, respektive farmakoterapii doplňovat nefarmakologickými postupy. Sestry si uvědomují mnohé stresory, které na pacienty v IP/ARO mohou působit, a právě ovlivnění afektivní složky bolesti nefarmakologickými postupy se může podílet na výsledném efektu této kombinace. Efektivita využití kombinace postupů je podložena např. kvaziexperimentálním výzkumem, který realizovali autoři Friesner et al. (2006). Porovnávali efektivitu kombinace relaxačních technik s farmakoterapií oproti efektivitě samotných opioidů u čtyřiceti (n=40) pacientů během odstraňování hrudního drénu. Významně nižší hodnocení bolesti bylo hlášeno z experimentální skupiny. Liu a Petrini (2015) zkoumali ve své randomizované kontrolované klinické studii vliv hudby na pooperační bolest, úzkost a vitální funkce u 112 pacientů (n= 112). Experimentální skupině (n= 56) se dostávalo standardní péče společně s poslechem hudby po dobu 3 dní, zatímco kontrolní skupina (n= 56) přijímala pouze standardní péči. Obě skupiny využívaly PCA a čípky Diklofenaku. Autoři výzkumu zjistili, že experimentální skupina vykazovala ve srovnání s kontrolní skupinou statisticky významné snížení bolesti, úzkosti, srdeční frekvence a systolického krevního tlaku. Roger Chou et al. (2016), kteří vypracovali guidelines pro management pooperační bolesti předkládají jako silné doporučení využití multimodální analgezie v kombinaci právě s nefarmakologickými intervencemi a doporučují, aby

byly nefarmakologické postupy běžně zařazovány klinickými lékaři do multimodálních režimů. Na uvážení je jisté i spolupráce Acute Pain Servis s pracovišti IP/ ARO, zavedení standardů léčby bolesti na všechna pracoviště IP/ ARO, popř. jejich změny, metodické vedení a vzdělávání personálu nemocnice v léčbě pooperační bolesti.

➤ **Nejčastěji využívané a nejefektivnější NFI v managementu bolesti (DC 2, 3)**

Sestry zaujímají zásadní roli při účinném zvládnutí bolesti. Přesné posouzení bolesti, rychlá aplikace farmakologické či nefarmakologické intervence a správné vyhodnocování úlevy od bolesti jsou pro pozitivní výsledky u pacientů s bolestí nezbytné (Plaisance, Logan, 2006). Přístup pacientů k využívání nefarmakologických metod při tlumení bolesti a samotný výběr konkrétní intervence se dle dotazovaných odvíjí od mnoha faktorů a u každého nemocného je velmi individuální. Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že záleží nejen na jeho osobnosti, věku, diagnóze, psychickém stavu, informovanosti o této problematice, předchozích zkušenostech s NFI a prioritách pacienta, ale i konkrétní situaci a momentálním rozpoložení pacienta a jeho postoji ke konkrétní NFI. Sestry uvedly, že pro výběr vhodné intervence je individuální přístup nezbytností.

Kategorie č. 8 přinesla výsledky, souhrn atributů, které vykazuje efektivní NFI. Při samotném výběru sestry dbají nejen na přání a potřeby nemocných, ale konkrétní intervence se snaží modifikovat i dle individuálních možností pacientů. Zvažují tedy i mnoho dalších proměnných, jako aktuální zdravotní stav, umístění operační rány či různých invazivních vstupů, možnosti oddělení, ale i své vlastní profesní možnosti. I tyto skutečnosti svědčí o nutnosti holistického přístupu, který poskytuje péči orientovanou na pacienta, jejímž cílem je ošetrovatelskou péčí maximálně individualizovat. Profesionální provedení a znalost možných rizik spojených s nesprávnou aplikací NFI je nepostradatelné.

Nejvíce diskutované intervence byly na základě rozboru jednotlivých rozhovorů roztrženy do dvou skupin (*kategorie č. 9*). První skupinu tvoří intervence „nejčastěji realizované“, druhou, dle subjektivního názoru informantek, intervence „nejefektivnější“. Hranice mezi oběma skupinami byla velmi úzká, avšak pro zodpovězení výzkumných cílů bylo roztržení jednotlivých intervencí nezbytností. Bylo zjištěno, že ve většině případů výběr intervencí závisí na množství času, kterým na provedení příslušné intervence sestry disponují.

I z toho důvodu byla jako jedna z nejefektivnějších intervencí zvolena emocionální (psychická) podpora pacienta, navzdory tomu, že ji téměř všechny sestry vyhodnotily jako nejvíce časově náročnou. Sestry pod tuto intervenci zahrnují několik intervencí. V souvislosti s emocionální podporou byl v první řadě zmiňován rozhovor s pacientem, který je sestrami často doplňován o haptický kontakt, jako projev zájmu, pochopení, ale i k uklidnění či povzbuzení pacienta s bolestí. Na problematiku komunikace mezi sestrami a pacienty v kritickém stavu, kteří nejsou schopni pro zajištění dýchacích cest, slovní komunikace se zaměřila ve své studii i autorka Happ et al. (2011). Cílem její deskriptivní studie bylo popsat komunikační interakce, metody a využívání asistenčních pomůcek při komunikaci sester (n= 10) s pacienty v kritickém stavu (n= 30). I přesto, že byla komunikace více jak v 70% úspěšná, více jak 1/3 (37,7 %) rozhovorů mezi sestrou a pacientem o bolesti byla hodnocena neúspěšně. Pacienti hodnotili více jak 40 % těchto komunikačních interakcí jako obtížné, až extrémně obtížné. Strategie asistované komunikace byly hodnoceny jako neobvyklé, s minimálním využitím komunikačních pomůcek (např. psací potřeby, abeceda aj.). Ani

v rámci našeho výzkumu jsem nezaznamenala zmínku, že by sestry u těchto pacientů využívaly jakýchkoli pomůcek, či zjišťovaly, zda pacient poskytnutým informacím dostatečně rozuměl, popř. rozhovor splnil cíl, za jakým byl realizován.

Během rozhovoru sestry poskytují prostor i pacientovi (aktivní naslouchání), aby se svěřil se svými přáními, trápeními či dotazy. Sestry na základě aktivního naslouchání mohou se získanými informacemi pracovat, a přizpůsobit tak vhodně jednotlivé intervence potřebám pacienta. Podáním zpětné vazby na pacientovy dotazy, získávají nejen jeho důvěru, ale souběžně tím mohou ovlivnit i prožitek jeho bolesti. Někteří autoři (např. Janáčková, Weiss, 2007; Zacharová, 2017), uvádí, že při zvládání bolesti hraje důležitou roli i množství poskytnutých informací před každým zákrokem či výkonem, jelikož dostatečně a vhodně informovaný pacient se může na následnou situaci náležitě připravit a lépe se v ní adaptovat. Zacharová (2017) považuje právě budování vzájemné důvěry a efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem za základ nefarmakologické léčby bolesti. Vhodnou komunikací lze zabránit případným konfliktům, posílit vzájemnou spolupráci, a ovlivnit tak průběh terapie a tím i nemoci/ bolesti (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Wang, Dong a Li (2013) ve své prospektivní kontrolované klinické studii sledovali pacienty podstupující elektivní chirurgický zákrok (n= 40). Čtyřicet pacientů bylo randomizováno do dvou skupin, kdy jedna skupina dostávala psychologickou a hudební intervenci a druhá standardní péči. Intervenční skupina měla možnost poslouchat hudbu před a během výkonu, zároveň byl minimalizován hluk, pacienti byli vedeni k relaxaci a často dotazováni na pohodlí. Po výkonu je dvakrát navštívil lékař, který je vyslechl a zodpověděl jejich dotazy. Kontrolní skupina dostávala standardní péči, návštěva lékaře proběhla jednou. Průměrné skóre VAS bylo v intervenční skupině významně nižší než v kontrolní skupině.

Během rozhovoru s pacientem může být současně uspokojena i potřeba sociálního kontaktu, který je vlivem izolace na odděleních IP/ ARO narušen. Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková (2013) uvádí, že dobré mezilidské vztahy a hlavně přítomnost blízké osoby může mnohým pacientům usnadnit zvládání bolesti. I když byla v některých případech hodnocena přítomnost rodiny sestrami spíše kontraproduktivně, na základě výsledků výzkumu je možné konstatovat, že pokud je přítomnost rodinných příslušníků/ blízkých osob pacienta vyhodnocena jako pozitivní samotným pacientem, je efektivní.

Velmi efektivní a současně potřebnou intervenci, která je paradoxně mnohdy sestrami velmi obtížně v prostředí IP/ ARO saturována, je zajištění kvalitního spánku a odpočinku. S bolestí se vyrovnává lépe člověk odpočatý a klidný. Sestry tyto potřeby nepodceňují a za účelem jejich uspokojení se snaží své ošetrovatelské intervence vhodně načasovat, a předejít tak opětovnému přerušování spánku pacienta, snaží se i konzultovat s lékaři určité noční intervence a zajistit jejich přesun na pro samotného pacienta vhodnější dobu. S těmito postupy se ztotožňuje i Černý a kol. (2014) ve svých doporučeních. Lim (2018) provedl analýzu dostupných studií, které se zabývaly zajištěním spánku v prostředí IP a jeho vlivu na pacienta. Minimalizace nočních zásahů, hluku a světla v nočních hodinách měly pozitivní fyziologické účinky na pacienty, jako například celkové zklidnění. Zároveň se zvýšila všeobecná spokojenost pacientů i jejich rodin.

Je nutné zmínit, že výše uváděné NFI byly hodnoceny jako nejvíce efektivní pouze na základě subjektivního posouzení sester. V kvalitativním popisném výzkumu, jež prováděli Gélinas et al. (2012) pomocí polostrukturovaných rozhovorů ve fokusových skupinách (n= 32) byly

identifikovány čtyři intervence, které dosáhly konsenzu jako užitečné, relevantní a proveditelné. Jednalo se o intervence: muzikoterapie a rozptýlení (Kognitivně-behaviorální kategorie), jednoduché masáže (Fyzikální kategorie) a přítomnost rodiny (kategorie Emocionální podpora). Byly však zaznamenány rozdíly v postojích sester a pacientů/ rodinných příslušníků k určitým intervencím. Zatímco pacienti se více zajímali o aktivní naslouchání, dotek, komunikaci a orientaci v realitě, sestry více diskutovaly o edukaci a polohování. Na základě předkládaného výzkumu byly jako nejčastěji realizované NFI stanoveny polohování/ zaujmutí úlevové polohy/ mobilizace, různé formy rozptýlení a aplikaci chladivých obkladů.

Polohování/ zaujmutí úlevové polohy/ mobilizaci sestry provádějí u pacientů denně. Ne vždy je nutné polohovat pacienty v plném rozsahu, velmi efektivní je i tzv. mikropolohování, které většinou není doprovázeno vznikem procedurální bolesti. Pokud má být polohování efektivní, musí vycházet z potřeb, přání a zejména pak z celkového zdravotního stavu pacienta.

Často vyžadovanou a sestrami využívanou NFI při mírnění bolesti jsou různé formy odvedení pozornosti. Sestry pod tuto intervenci zahrnují například poslech oblíbené hudby, sledování televize, četbu a podobně. Efektivitu těchto intervencí potvrdili ve své přehledové studii i Jong, Middelkoop et al. (2007). Studie zahrnovala 26 studií zaměřených na nefarmakologickou léčbu bolesti, které testovaly celkem 21 intervencí nebo jejich kombinace. Statisticky významné snížení bolesti a pozitivní vliv NFI na vnímání a hodnocení bolesti pacienty byl popsán ve výsledcích 17 studií. Tyto studie zkoumaly právě odvedení pozornosti, poslech hudby, hluboké dýchání, relaxaci, rozhovor s pacientem, informovanost aj.).

V neposlední řadě sestry velmi často využívají různé formy chladové terapie, ať už formou obkladů s ledem, tak vtírání chladivých emulzí. Vlivu chladové terapie na bolest se ve své randomizované, dvojitě zaslepené studii věnovali Demir a Khorshid (2010). V jejich studii byli pacienti (n=90), podstupující odstranění hrudního drénu náhodně rozděleni do tří skupin. První skupina dostávala 20-ti minutový obklad s ledem a analgetickou léčbu, druhá skupina dostávala placebo (balíčky s pokojovou teplotou) s analgetiky a poslední skupina pouze farmakoterapii. Intenzita bolesti byla u pacientů z první skupiny výrazně nižší než v ostatních skupinách.

➤ **Vzdělávací potřeby sester o problematice NFI (DC 6)**

Vědomosti, praktické dovednosti pro aplikaci NFI a znalosti sester v této problematice jsou spíše neuspokojivé. K podobným výsledkům dospěla ve své studii Tracy et al., 2005, která uvádí, že většina respondentů si přála rozšíření svých stávajících znalostí, či větší množství školení/ kurzů o různých metodách, a to i přesto, že někteří z účastníků výzkumu uváděli, že mají o této problematice poměrně rozsáhlé vědomosti. I další zahraniční studie (např. Matthews, Malcolm, 2007; Abdalrahim et al., 2010; Francis, Fitzpatrick, 2013), které se zabývaly rozsahem sesterských vědomostí o bolesti a její léčbě, vykazují obdobné výsledky a zdůrazňují potřebu zlepšit znalosti a postoje všech zdravotníků a vyvíjet odborné vzdělávací programy. Například Abdalrahim et al. (2010) zkoumali znalosti a postoje chirurgických sester (n= 65) vůči bolesti před a po absolvování programu řízení pooperační bolesti. K zjištění potřebných dat použili 21-položkový dotazník a byl proveden audit patientské dokumentace (n= 240). Celkové skóre správných odpovědí v dotazníku bylo před absolvováním programu 45,7%. Po jeho dokončení 75%. Autoři Matthews a Malcolm (2007) ve své popisné průřezové studii porovnávali také dvě skupiny sester (n= 439) pomocí

dotazníku „Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain“. První skupina absolvovala vzdělávací program „Znalosti a kompetence pro léčbu bolesti“, druhá se zúčastnila konference o bolesti. Celkové průměrné skóre bylo sice u obou skupin obdobné, nicméně druhá skupina měla výrazný deficit ve znalostech týkajících se nefarmakologické léčby bolesti a aplikace opiátů.

Je tedy více než patrné, že vzdělávací kurzy, např. inovační kurz akreditovaný MZČR, mohou být pro sestry velmi přínosné a přednesená zjištění se mohou stát motivem ke zlepšení situace.

6.1. Limity a omezení předkládaného kvalitativního výzkumu

Předkládaná kapitola shrnuje základní omezení kvalitativního výzkumu.

- Hlavní nevýhodou kvalitativního výzkumu je problematická generalizace výsledků na celou populaci, jelikož kvalitativní výzkum pracuje s malým množstvím osob (Hendl, 2005).
- Výsledky výzkumu mohou být snadněji ovlivněny samotným výzkumníkem a jeho vlastními preferencemi (Hendl, 2005).
- Malé zkušenosti výzkumníka s kvalitativní formou výzkumu. Tento limit jsem se snažila vyvážit opětovnou kontrolou kódů, které daly vzniknout jednotlivým kategoriím. Zároveň jsem poskytla opisy rozhovorů samotným informantkám, aby došlo ke kontrole i z jejich strany.
- Důvěryhodnost informantek. Jelikož však byly informantky ve svých výpovědích mnohdy dosti sebekritické, lze usuzovat, že jejich výpovědi jsou pravdivé.

7. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků realizovaného kvalitativního šetření bylo identifikováno několik nedostatků v managementu bolesti na odděleních IP/ ARO, které jsou ve většině případů řešitelné. Eliminací těchto nedostatků lze snížit výskyt bolesti pacientů na těchto odděleních, zvýšit jejich spokojenost s péčí a v konečném důsledku zvýšit i spokojenost samotných zdravotních sester pečujících o pacienty s bolestí.

Oblast vzdělávání

- Úprava studijních osnov na úrovni pregraduálního vzdělávání se zaměřením na poskytnutí ucelených informací o bolesti a možnostech její léčby.
- Vytvoření a realizace multidisciplinárních vzdělávacích kurzů/ školení/ programů založených na EBM rámci nemocnice/ kliniky/ oddělení zaměřujících se na problematiku bolesti, její monitoring, hodnocení a léčbu akutní (pooperační) bolesti s využitím farmakologických i nefarmakologických postupů a aktivní motivace všech členů multidisciplinárního týmu k účasti na těchto seminářích a prohlubování si vědomostí o této problematice.
- Aktivní motivace NLZP k samostudiu odborných publikací zaměřujících se na problematiku bolesti a její léčbu prostřednictvím NFI.
- Realizace nových studií o nefarmakologické léčbě bolesti v kontextu IP/ ARO.
- Aktivní vyhledávání a implementace nových poznatků EBM a EBN o nefarmakologické léčbě bolesti v IP/ ARO a jejím monitoringu do klinické praxe.
- Zajistit na pracovištích IP/ ARO standard zaměřený na péči o pacienty s bolestí, včetně nefarmakologických metod tišení bolesti v kontextu těchto pracovišť. Spolupráce Acute Pain Servis s pracovišti IP/ ARO.
- Ošetřující sestra musí být schopná na základě svých vědomostí či zkušeností z praxe vhodně posoudit situaci a potřeby pacienta a na základě zjištěných informací mu nabídnout relevantní možnosti, ať už farmakologické, tak nefarmakologické.

Hodnocení a monitoring bolesti

- Důsledný a pravidelný monitoring a hodnocení bolesti, její intenzity, charakterů, lokalizace apod. s následným utvořením individuálního ošetrovatelského plánu, který bude vycházet z možností, přání a potřeb pacienta.
- Využívání většího množství hodnotících škál, včetně škál typu BPS, CCPOT, které jsou specificky navrženy pro monitoring a hodnocení bolesti u kriticky nemocných pacientů.
- Sjednocení hodnotících technik a záznamů zjištěných informací v rámci zdravotnického zařízení.

Zásady péče o pacienta s bolestí (srov. Kapounová, 2007; Opavský, 2011; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013; Chou et al., 2015)

- Řádná a individualizovaná edukace (v předoperačním období, u akutních stavů hned, jak to stav pacienta dovolí), popřípadě reedukace pacientů či rodinných příslušníků o bolesti a důsledcích jejího nedostatečného tlumení, technikách hodnocení bolesti a možnostech jejího mírnění (farmakologických i nefarmakologických).
- Nácvik jednotlivých metod (např. naučit pacienta zaujímat úlevovou polohu, nácvik dýchání), edukace pacienta o možnostech rozptýlení akutní bolesti – TV, rádio, četba, přítomnost blízkých aj. a jiných neinvazivních metodách mírnění bolesti (studené/ teplé obklady, masáže, rozhovor s pacientem aj.). Současně tyto metody aktivně nabízet během hospitalizace. Informovat pacienty vždy před bolestivou intervencí či v jejím průběhu.
- Využití podpůrných psychologických prostředků k tišení bolesti.
- Sledování nežádoucích účinků léčby a konzultace léčby bolesti se členy multidisciplinárního týmu.
- Využít všech možných metod k zmírnění strachu, hněvu, frustrace a obav nemocného např. i ve spolupráci s klinickým psychologem.
- Respektovat pacienta a jeho projevy bolesti (nepřehlížet je), nebagatelizovat jeho problémy, respektovat individualitu každého jedince s bolestí, posilovat pacientovu aktivitu v boji s bolestí a pracovat šetrně při plnění intervencí.
- Dodržovat veškeré psychologické zásady a pravidla správné komunikace pacientem s bolestí s přihlédnutím k jeho komunikačním schopnostem aktuálně dle stavu. Mezi zásady jednání a vhodné komunikace s pacientem trpícím bolestí řadíme:
 - Být vnímavý k jeho projevům bolesti (bolestivému chování). Sledovat neverbální projevy bolesti nemocného.
 - Poskytnout pacientovi dostatek času. Během hovoru udržovat co nejvíce oční kontakt, nepoužívat familiérní oslovení, přizpůsobovat se komunikaci nemocného, minimalizovat během rozhovoru rušivé elementy. U pacientů se sníženým vědomím je vhodné využívat ke komunikaci prvků bazální stimulace.
 - Nebagatelizovat slovní stížnosti pacienta. Nikdy neříkat pacientovi: „To vás nemůže bolet“, či „To nic není“, když to pacienta bolí. Neoznačovat pacienta slovy „simulant, hysterka, agravant, hypochondr“ atd.
 - Zaujímat k pacientovi empatický vztah a akceptovat ho takového, jaký je. Posilovat aktivitu pacienta v boji s bolestí.
 - Nemocného informovat před každým bolestivým zákrokem, kdy, kde a jak dlouho to bude bolet. Domluvit si s nemocným signál, kterým může zahájit pauzu při

bolestivém výkonu, a slíbit, že mu bude dopřán oddychový čas, pokud ho bude potřebovat.

- Zajistit dostatek kvalitního spánku a odpočinku všem pacientům hospitalizovaným v IP/ ARO.
- Úprava formulářů/ dokumentace pro hodnocení bolesti, spolupráce s odděleními kvality a řízení rizik, auditory apod. Řádná dokumentace využitých nefarmakologických technik, jejich ne/ efektivity a vzájemné předávání těchto informací. Maximálně individualizovaný přístup při výběru vhodné intervence s přihlédnutím k preferencím pacienta.
- Využívání NFI samostatně i jako komplementárních metod v kombinaci s farmakoterapií.
- Zjišťování spokojenosti pacientů s hodnocením bolesti a její léčbou, s množstvím poskytovaných informací o bolesti, monitoringu a jednotlivých možnostech léčby a využití zjištěných informací jako indikátorů kvality poskytované péče.

Směřování dalších výzkumů

- Je nutné podporovat výzkum zaměřující se na využívání NFI při léčbě bolesti u pacientů v IP/ ARO, aby bylo následně možné zhodnotit přínosy a rizika jednotlivých metod u kriticky nemocných pacientů. Integrace EBN z různých oborů zapojených do zvládnání bolesti je nedílnou součástí zkvalitňování péče.
- Předmětem dalšího výzkumu může být zaměření na zkoumanou problematiku z pohledu pacientů, resp. jak samotní pacienti vnímají a vyhodnocují efektivitu NFI.
- Výzkum by se mohl dále zabývat i metodami hodnocení bolesti u kriticky nemocných pacientů na pracovištích IP/ ARO. Zda jsou a v jaké míře využívány měřicí škály pro hodnocení bolesti pacientů, které specificky vychází z potřeb kriticky nemocných (např. BPS, CPOT aj.)

8. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jakou roli zastává sestra v managementu bolesti u pacientů v IP/ ARO. Na základě předloženého výzkumu je možné konstatovat, že sestry vyjadřovaly převážně pozitivní postoj k využívání nefarmakologických intervencí a ve své praxi se je snaží využívat v maximální možné míře. Ne vždy však mají k jejich uplatnění nejvhodnější podmínky a musí se vypořádat s mnoha faktory, které jim brání, či je limitují v intenzivnějším využívání nefarmakologických intervencí.

Jeden z hlavních limitujících faktorů, který byl identifikován a následně se prolínal téměř všemi vzniklými kategoriemi, byl nedostatek vědomostí/ dovedností o problematice bolesti a její léčby se zaměřením na využívání NFI. Nejenže tato skutečnost brání sestrám v intenzivnějším a cíleném využívání různých nefarmakologických postupů při péči o pacienty s bolestí, je i hlavním činitelem neprofesionálního chování sester. Současně pokud sestra nemá relevantní a dostatečné informace o jednotlivých metodách, nemůže je aktivně nabízet, ani využívat u pacientů s bolestí. Bylo identifikováno několik intervencí, které byly shledány jako uplatnitelné, realizovatelné a efektivní u pacientů v IP/ ARO. Je nutné se nadále věnovat využití nefarmakologických metod v IP, jelikož jsou čím dál častěji vyžadovány i samotnými pacienty či rodinnými příslušníky. Současně se spolupodílí na zlidšťování těchto přetechnizovaných pracovišť.

Je důležité zaměřit pozornost i na dosavadní monitoring bolesti u pacientů v IP/ ARO, jak analgosedovaných, tak i s různými poruchami vědomí.

U jednotlivých pacientů s bolestí je možné využít velké množství potencionálních multimodálních kombinací farmakoterapie s nefarmakologickými postupy v závislosti na konkrétní operaci, jednotlivých klinických faktorech, možnostech daného oddělení a preferencích pacienta. Vhodná kombinace farmakoterapie s nefarmakologickými postupy je poté výzvou nejen pro lékaře, ale i sestry, které mohou být svými zkušenostmi s jednotlivými metodami a znalostmi o pacientových preferencích lékaři nápomocny.

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABDALRAHIM, Maysoon S., Sawsan A. MAJALI, Margareta Warrén STOMBERG a Ingegerd BERGBOM. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice* [online]. 2011, **11**(4), 250-255 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1016/j.nepr.2010.11.016. ISSN 14715953. Dostupné z: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1471595310001630>
2. ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.
3. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
4. BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4053-9.
5. BARR, J., FRASER G. L., PUNTILLO K., et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *American Journal Of Health-System Pharmacy: AJHP* [online]. 2013, **70**(1), 53-8 [cit. 2019-08-03]. ISSN 15352900. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23261901>
6. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 97-880-7013-526-6.
7. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
8. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1125-6.
9. BERMAN, Audrey, Shirlee SNYDER a Geralyn FRANDSEN. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. Tenth edition. Boston: Pearson, [2016]. ISBN 978-0133974362.
10. BOLDT I., ERIKS-HOOGLAND I., BRINKHOF M. W., DE BIE R., JOGGI D. a E. VON ELM. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* [online]. 2014, (11), CD009177 [cit. 2018-05-04]. DOI: 10.1002/14651858.CD009177.pub2. ISSN 1469493X. Dostupné z: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009177.pub2/full>
11. CRISP, Jackie, Catherine TAYLOR, Clint DOUGLAS a Gerardine REBEIRO. *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing* [online]. 4rd ed. Melbourne: Mosby Australia, 2013 [cit. 2018-03-25]. ISBN 9780729581103. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=V->

FnSC9HWZwC&oi=fnd&pg=PT23&ots=reeB9g85dV&sig=ioYwfO8ixAwwlInrFQ68rHPJTSGI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

12. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
13. ČERNÝ, V., T. GABRHELÍK, I. HEROLD, D. MACH, M. MATĚJOVIČ a B. STIBOR. Doporučený postup analgezie a sedace dospělých pacientů v intenzivní péči. *Anesteziologie a Intenzivní Medicina* [online]. 2014, **25**(5), 392 - 396 [cit. 2018-05-03]. ISSN 12142158. Dostupné z: www.csim.cz/dokument/analgezie-a-sedace-dospelych-pacientu-v-intenzivni-peci/
14. DAVISON, Neil a Katherine WILLIAMS. Compassion in nursing 1: defining, identifying and measuring this essential quality. *Nursing Times* [online]. 2009, **105**(36), 16-18 [cit. 2019-9-29]. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/compassion-in-nursing-1-defining-identifying-and-measuring-this-essential-quality-14-09-2009/>
15. DE JONG, A. E. E., E. MIDDELKOOP, A. W. FABER a N. E. E. VAN LOEY. Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *BURNS* [online]. 2007, **33**(7), 811-827 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1016/j.burns.2007.01.005. ISSN 03054179. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0305417907000241>
16. DEHGHAN-NAYERI, N., F. GHAFFARI a M. SHALI. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* [online]. 2015, **29**(1), 1030 - 1038 [cit. 2019-11-02]. ISSN 22516840. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26793667>
17. DEMIR, Yurdanur a Leyla KHORSHID. The Effect of Cold Application in Combination with Standard Analgesic Administration on Pain and Anxiety during Chest Tube Removal: A Single-Blinded, Randomized, Double-Controlled Study. *Pain Management Nursing* [online]. 2010, **11**(3), 186-196 [cit. 2019-10-18]. DOI: 10.1016/j.pmn.2009.09.002. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904209001040>
18. DI CARA, Veronika. Kontinuální sledování akutní bolesti sestrou. *Sestra* [online]. 16. 6. 2005, (6) [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kontinualni-sledovani-akutni-bolesti-sestrou-295729>
19. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.
20. DOLEŽAL, Tomáš, Marek HAKL, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, Bohumil SKÁLA, Ondřej SLÁMA, Pavel ŠEVČÍK a Jiří VORLÍČEK. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Vnitřní lékařství* [online]. 2007, **53**(1), 79-90 [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <http://www.vnitrnilekarstvi.eu/vnitri-lekarstvi-clanek/metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-akutni-a-chronicke-nenadorove-bolesti-52657>

21. DUČAIOVÁ, Jarmila. Etika bolesti a utrpení. *Sestra* [online]. 2011, **21**(7-8), 34-37 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>
22. DUNWOODY, Colleen J., Dina A. KRENZISCHEK, Chris PASERO, James P. RATHMELL a Rosemary C. POLOMANO. Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [online]. 2008, **23**(1), S15-S27 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1016/j.jopan.2007.11.007. ISSN 10899472. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089947207003255>
23. DUŠOVÁ, Bohdana. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-736-846-17.
24. EL REHEM, M., ELHAMID, M., ELSALAM, Y. 2014. Correlates of Missed Nursing Care in Selected Medical Intensive Care Units, Egypt. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, Vol. 4, iss. 26. s. 88-105. ISSN 2224-3208
25. FACCO E., STELLINI E., BACCI C., MANANI G., PAVAN C., F. CAVALLIN a G. ZANETTE. Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. *Minerva Anestesiologica* [online]. 2013, **79**(12), 1389-95 [cit. 2018-04-11]. ISSN 18271596. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23860442>
26. FERRELL B. Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses* [online]. 2005, **6**(3), 83-90. [cit. 2018-03-21]. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/search/advanced?docId=10.1016/j.pmn.2005.06.001>
27. FRANCIS, Lavonia a Joyce J. FITZPATRICK. Original Article: Postoperative Pain. *Pain Management Nursing* [online]. 2013, **14**(4), 351-357 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1016/j.pmn.2012.05.002. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1524904212000793>
28. FRIESNER, Stacy A., Donna Miles CURRY a Gail R. MODDEMAN. Comparison of two pain-management strategies during chest tube removal: Relaxation exercise with opioids and opioids alone. *Heart* [online]. 2006, **35**(4), 269-276 [cit. 2019-11-10]. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2005.10.005. ISSN 01479563. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956305001962>
29. FRICOVÁ, Jitka. Akutní a chronická bolest. *Postgraduální medicína* [online]. 9. 9. 2011, (3) [cit. 2018-07-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-a-chronicka-bolest-461329>
30. GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012, **14**(1), 23-25 [cit. 2018-04-05]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>
31. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

32. GELINAS, Celine, Caroline ARBOUR, Cecile MICHAUD, Lauren ROBAR a Jose COTE. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in critical care* [online]. 2013, **18**(6), 307-318 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x. ISSN 13621017. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>
33. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
34. GLOWACKI, Diane. Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. *CRITICAL CARE NURSE* [online]. 2015, **35**(3), 33-41 [cit. 2019-10-17]. DOI: 10.4037/ccn2015440. ISSN 02795442. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=598e9449-6f59-4feb-b3ae-a260e6712861%40pdc-v-sessmgr05>
35. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. 2008. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-288-5.
36. HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
37. HAPP, Mary Beth, Kathryn GARRETT, Dana Divirgilio THOMAS, Judith TATE, Elisabeth GEORGE, Martin HOUZE, Jill RADTKE a Susan SEREIKA. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal Of Critical Care* [online]. 2011, **20**(2), E28 [cit. 2019-10-27]. DOI: 10.4037/ajcc2011433. ISSN 10623264. Dostupné z: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/20/2/e28/6026/Nurse-Patient-Communication-Interactions-in-the>
38. HAVLÍČKOVÁ, Daniela. Metodika – Kompetence, Kvalita, Kvalifikace, (sebe)Koncepce pro neformální vzdělávání [online]. 2015 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://books.google.cz>
39. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
40. HEROLD, Ivan. Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP. *Anesteziologie & intenzivní medicína* [online]. 2013, **24**(6), 430-433 [cit. 2018-04-27]. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina>
41. HERR, Keela, Patrick j. COYNE, Margo MCCAFFERY, Renee MANWORREN a Sandra MERKEL. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* [online]. 2011, **12**(4), 230-250 [cit. 2019-11-18]. DOI: 10.1016/j.pmn.2011.10.002. ISSN 15249042. Dostupné z: http://www.saskpain.ca/images/pdf/patient_unable_clinical_practice.pdf

42. CHOU, Roger, Debra B. GORDON, Oscar A. DE LEON-CASASOLA, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *Journal of Pain* [online]. 2016, **17**(2), 131-157 [cit. 2019-08-03]. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.008. ISSN 15265900. Dostupné z: <https://www.jpain.org/article/S1526-5900%2815%2900995-5/fulltext>
43. IASP TAXONOMY. [online]. [cit. 2018-06-25]. Dostupné z: <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
44. IRMIŠ, F. Stres pacienta v nemocnici, dispozice, empatie. *General Practitioner / Praktický Lekar* [online]. 2016, **96**(1), 5-8 [cit. 2019-11-02]. ISSN 00326739. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=799b302b-ae71-4ee6-a7dd-255685ccd868%40pdc-v-sessmgr02>
45. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.
46. JANÁČKOVÁ, Laura. Psychické prožívání u chirurgických pacientů - využití relaxačních technik. *Medical tribune* [online]. 2008, (26) [cit. 2018-05-19]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/12648-psychicke-prozivani-u-chirurgickych-pacientu-amp-vyuziti-relaxacnich-technik>
47. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Psychologické aspekty akutní bolesti. *Praktický lékař*. 2007, **87**(7), 405-406. ISSN 0032-6739.
48. JÁNOVÁ, Simona. Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči [online]. Praha, 2011 [cit. 2019-11-17]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/78832>
49. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
50. KARABULUT, Neziha, Dilek GÜRÇAYIR a Yeşim Yaman AKTAŞ. Non-pharmacological interventions for pain management used by nursing students in Turkey. *KONTAKT* [online]. 2016, **18**(1), e22 [cit. 2019-11-27]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.12.001. ISSN 12124117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201601-0004.php>
51. KLOPPER, Hester, Helena ANDERSSON, Maria MINKKINEN, Cecilia OHLSSON a Björn SJÖSTRÖM. Strategies in assessing post operative pain – A South African study. *Intensive* [online]. 2006, **22**(1), 12-21 [cit. 2019-10-02]. DOI: 10.1016/j.iccn.2005.05.001. ISSN 09643397. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339705000595>
52. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

53. KOSOŮVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4346-2.
54. KOZÁK, Jiří a kol. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 978-808-7327-456.
55. KROGSTAD, U., D. HOFOS, M. VEENSTRA a P. HJORTDAHL. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: Relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health* [online]. 2006, 4 [cit. 2019-10-15]. DOI: 10.1186/1478-4491-4-3. ISSN 14784491. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b38f1824-e8ed-423c-b0d5-cc070b975ab2%40pdc-v-sessmgr02>
56. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest – její diagnostika a psychoterapie*. Brno: Inst. pro další vzdělávání prac. ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-130-6.
57. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
58. LIM, R. Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)* [online]. 2018, 32(30), 41-48 [cit. 2019-10-18]. DOI: 10.7748/ns.2018.e10873. ISSN 20479018. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29561076>
59. LIU, Yang a Marcia A. PETRINI. Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2015, 23(5), 714-718 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1016/j.ctim.2015.08.002. ISSN 09652299. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0965229915001260>
60. LOCIHOVÁ, H. a Ž. ANDERSOVÁ. Koncept chybějící péče. *Florence*. 2016, 12(3), s. 28-31. ISSN 1801-464X.
61. LUKEŠ, Marek. Léčba bolesti u kriticky nemocných. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011, 13(3), 123-126 [cit. 2018-05-24]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/03/08.pdf>
62. MACIK, Mary Beth Flynn. Pain Management in the Nonverbal Critically Ill Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [online]. 2013, 28(2), 98-99 [cit. 2019-11-18]. DOI: 10.1016/j.jopan.2013.01.006. ISSN 10899472. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947213000221>
63. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 3., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta - Medical Services, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3522-4.
64. MATTHEWS, Elizabeth a Colette MALCOLM. Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *British Journal of Nursing* [online]. 2007, 16(3), 174-179 [cit. 2019-11-27]. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.3.22972. ISSN 0966-0461. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2007.16.3.22972>

65. MAYEROVÁ, Marie. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-425-8.
66. MCMAHON, Stephen B., Martin KOLTZENBURG, Irene TRACEY and Denis TURK. *Wall and Melzack's textbook of pain*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, c2013. ISBN 978-0-7020-4059-7.
67. MCMULLEN, S. L. et al., 2017. Improving nursing care: examining errors of omission. *Medsurg Nursing*. Vol. 26, iss. 1, s. 9-20. ISSN 1092-0811.
68. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
69. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
70. MOOS, Petr. Možnosti psychologického ovlivňování bolesti. *Moos-psycholog.cz* [online]. 2014 [cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <http://moos-psycholog.cz/moznosti-psychologickeho-ovlivnovani-bolesti/>
71. OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-734-5247-6.
72. OSIČKOVÁ, Lucie. Hodnocení bolesti a její léčba u dospělých pacientů z pohledu sester intenzivní péče [online]. Brno, 2016 [cit. 2019-11-01]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/mubyom/>
73. PAULSON-CONGER, Melissa, Jane LESKE, Carolyn MAIDL, Andrew HANSON a Laurel DZIADULEWICZ. Comparison of Two Pain Assessment Tools in Nonverbal Critical Care Patients. *Pain Management Nursing* [online]. 2011, 12(4), 218-224 [cit. 2019-10-07]. DOI: 10.1016/j.pmn.2010.05.008. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904210000871>
74. PARK, Jun Mo a Ji Hyun KIM. Assessment and Treatment of Pain in Adult Intensive Care Unit Patients. *Korean Journal of Critical Care Medicine* [online]. 2014, 29(3), 147-159 [cit. 2019-11-18]. DOI: 10.4266/kjccm.2014.29.3.147. ISSN 23834870. Dostupné z: <https://www.accjournal.org/journal/view.php?number=134>
75. PLAISANCE, L. a LOGAN C. Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. *Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses* [online]. 2006, 7(4), 167-75 [cit. 2019-10-15]. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904206001470>
76. PODĚBRADSKÝ, Jiří a Radana PODĚBRADSKÁ. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2899-5.
77. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

78. POLKKI, T., K. VEHVILAINEN-JULKUNEN a A. PIETILA. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* [online]. 2001, **34**(4), 483-492 [cit. 2019-11-27]. ISSN 03092402. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2001.01777.x>
79. PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5841-1.
80. REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.
81. ROKYTA, Richard. Patofyziologie bolesti ve vyšším věku a ve stáří. *Česká geriatrická revue* [online]. 2004, (1), 22-26 [cit. 2018-04-08]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_02.pdf
82. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
83. ROKYTA, Richard, Josef BEDNAŘÍK, Jitka FRICOVÁ, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO, František NERADILEK, Marek Orko VÁCHA a Eva VLČKOVÁ. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0312-6.
84. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, a kol. *Bolest: monografie algeziologie*. Praha: Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.
85. ROKYTA, Richard, Miloslav KRŠIAK a Jiří KOZÁK, a kol. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
86. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
87. RAUDENSKÁ, J., P. MARUSIČ, J. AMLEROVÁ, P. KOLÁŘ a A. JAVŮRKOVÁ. Strach související s bolestí u pacientů s chronickou bolestí dolní části zad. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. 2016, **79**(6), 644-648 [cit. 2019-11-27]. ISSN 12107859.
88. ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest-fyziologie, fáze a léčba. *Sestra* [online]. 3. 4. 2012, **22**(4) [cit. 2018-03-27]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/bolest-fyziologie-faze-a-lecba-464377>
89. SALOVÁ, Martina. Bolest v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu [online]. Brno, 2017 [cit. 2019-11-01]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/txf2qe/>.
90. SIN, Wai man a Ka ming CHOW. Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review. *Pain Management Nursing* [online]. 2015, **16**(6), 978-987 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.1016/j.pmn.2015.06.008. ISSN 15249042. Dostupné z: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1524904215001010>

91. SINGH, Priyanka a Aditi CHATURVEDI. Complementary and alternative medicine in cancer pain management: A systematic review. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2015, **21**(1), 105- [cit. 2018-05-15]. DOI: 10.4103/0973-1075.150202. ISSN 0973-1075. Dostupné z: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2015/21/1/105/150202>
92. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
93. STASKOVÁ, Věra, Valérie TÓTHOVÁ a Jaroslav KOŤA. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2206-6.
94. STITES, Mindy. Pain Management. Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse* [online]. 2013, **33**(3), 68-79 [cit. 2019-10-07]. DOI: 10.4037/ccn2013804. ISSN 02795442. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f6d995cb-e4a5-429a-9672-52409cc12f95%40sessionmgr4006>
95. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
96. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4732-237.
97. ŠEVČÍK, Pavel, Jiří MÁLEK, David BEJŠOVEC a kol. Léčba akutní pooperační bolesti: doporučené postupy diagnostiky a terapie. *Anesteziologie & intenzivní medicína* [online]. 2008, **19**(3), 162-169 [cit. 2018-09-18]. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2008-3/doporucene-postupy-diagnostiky-a-terapie-lecba-akutni-pooperační-bolesti-1154>
98. ŠŤASTNÁ, Michaela. Koncept chybějící péče na oddělení intenzivní medicíny [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-11-17]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/199975>
99. TIGHE, P., C. C. BUCKENMAIER, A. P. BOEZAART, et al. Acute Pain Medicine in the United States: A Status Report. *Pain Medicine (United States)* [online]. 2015, **16**(9), 1806 - 1826 [cit. 2018-12-26]. DOI: 10.1111/pme.12760. ISSN 15264637. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634553/>.
100. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
101. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
102. TRACY M. F., R. LINDQUIST, K. SAVIK, S. WATANUKI, S. SENDELBACH, M. J. KREITZER a B. BERMAN. Use of complementary and alternative therapies: a

- national survey of critical care nurses. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses* [online]. 2005, **14**(5), 404-14; quiz 415-16 [cit. 2018-09-18]. ISSN 10623264. Dostupné z: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/5/404.full>
103. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. ISBN 978-80-7395-769-8.
 104. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
 105. VONDRÍCH, Ivan a Zuzana VONDRÍCHOVÁ. *Celostní přístup k léčbě bolesti*. Brno: Emitos, spol. s r.o., 2016. ISBN 978-80-87171-49-3.
 106. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024737423.
 107. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20, s. 482- 544. ISSN 1211-1244.
 108. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
 109. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.
 110. WAGNEROVÁ, Irena. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. Praha: Grada, 2008. Vedení lidí v praxi. ISBN 80-247-2361-1.
 111. WANG Yisha, Youjing DONG a Yang LI. Perioperative psychological and music interventions in elderly patients undergoing spinal anesthesia: Effect on anxiety, heart rate variability, and postoperative pain. *Yonsei Medical Journal* [online]. 2014, **55**(4), 1101-5 [cit. 2018-09-18]. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.4.1101. ISSN 19762437. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=59628c02-3ebc-401a-a291-fb37972876cf%40sessionmgr4008>
 112. ZACHAROVÁ, Eva. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, **10**(5), 251-252 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/05/12.pdf>
 113. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
 114. ZACHAROVÁ, Eva a Jana HALUZÍKOVÁ. Bolest a její zvládnutí v ošetrovatelské péči. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2013, **15**(11-12), 372-374 [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>

115. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
116. ZEMANOVÁ, Jitka a Renáta ZOUBKOVÁ. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-113-8.
117. ZUZÁKOVÁ, Eva. Mentor a kvalita mentorské činnosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, s. r. o. 2008, 4(7), s. 32. ISSN 1801-1344..
118. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), 2004. In. Sbírka zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.

Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CPOT	Critical Care Pain Observation Tool
BPI	Brief Pain Inventory – Krátký inventář bolesti
BPS	Behavioral Pain Scale
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
CNS	Centrální nervový systém
ČLS JEP	České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
IASP	International Association for the Study of Pain – Mezinárodní společnost pro studium bolesti
JIP/ IP	Jednotka intenzivní péče/ intenzivní péče
KRBS	Komplexní regionální bolestivý syndrom
MPQ	McGill Pain Questionary – McGillský dotazník bolesti
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NFI	Nefarmakologická intervence
NRS	Numerická hodnotící škála
NSA	Nesteroidní antirevmatika/ antiflogistika
PPI	Present Pain Intensity – Intenzita současné bolesti
SSLB	Společnost pro studium a léčbu bolesti
UK	Univerzita Karlova
VAS	Visual Analogue Scale – Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehledové review.....	12
Tabulka 2: Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
Tabulka 3: Schéma vzniklých kategorií a subkategorií a jejich rozčlenění do kapitol.....	43
Tabulka 4: Realizace versus efektivita.....	62
Tabulka 5: Efektivita/ neefektivita nefarmakologických intervencí.....	63
Tabulka 6: Názory sester na jednotlivé nefarmakologické intervence.....	66

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Analgetický žebříček WHO.....	30
Obrázek č. 2: Grafická vizualizace vzájemných vazeb jednotlivých kategorií a subkategorií.....	44

Seznam příloh

Příloha č. 1 Specifikace odběru anamnézy u pacientů s bolestí

Příčina vzniku a okolnosti – Pokud je to možné, snažíme se zjistit, za jakých okolností došlo ke vzniku bolesti (např. úraz, operace aj.), popřípadě jaké okolnosti jejímu vzniku předcházely (např. dietní chyba, užití léků aj.).

Charakter/ typ/ kvalita bolesti – Zde nás zajímá, zda se jedná o bolest somatickou nebo viscerální, kolikovitou, ischemickou či zánětlivou. Pacient většinou bolest popisuje svými slovy jako ostrou, tupou, ne/ ohraničenou, pálivou, řezavou, bodavou, aj.

Časový průběh bolesti – Zaměřujeme se na nástup, délku trvání, změny intenzity bolesti, popř. bezbolestné epizody.

Intenzita bolesti – Intenzita bolesti se dá vyjádřit verbálně, nejčastěji podle určité číselné stupnice nebo neverbálně, kdy pacient ukazuje například na úsečce, nebo pomocí obrázků sílu bolesti. V určitých situacích nejsou pacienti schopni svou bolest vyjádřit pomocí nějaké hodnotící škály a je nezbytné všimnout si a hodnotit jejich nonverbální projevy jako například bolestivé grimasy, neklid, naříkání, pláč, hledání úlevové polohy, zatajování dechu či přerývané dýchání, hypoventilace, tachykardie, hypertenze nebo naopak hypotenze až kolaps, náhlé pocení, nauzea, zvracení, mydriáza a podobně.

Lokalizace a iradiace bolesti – Spočívá v identifikaci místa hlavního zdroje bolesti a jejího šíření. U spolupracujících pacientů je požádáme o ukázání na vlastním těle nebo na mapě těla určené k označení algických zón. Pokud je bolestivých míst více, zaměřujeme se na každé zvlášť. Je zásadní soustředit se na jasné podání otázky (např. Kde to bolí?) a vyvarovat se sugestivním otázkám, které nabádají nemocného, aby souhlasil s nabízenou lokalizací, nebo otázkám disjunktivním, které nemocného nutí k souhlasu, protože se domnívá, že je to od něho očekáváno.

Faktory ovlivňující průběh bolesti – Zajímáme se o faktory, které bolest zmírňují, jako například úlevová poloha, aplikace tepla nebo chladu, a které ji naopak zhoršují, jako je změna polohy či pohyb.

Doprovodné symptomy – Mezi doprovodné symptomy řadíme například nauzeu, zvracení, třes, pocení aj. Je vhodné doptat se i na kvalitu spánku, a zda je bolestí ovlivněna.

Farmakologická anamnéza – Je vhodné obstarat si seznam léků, které nemocný již užívá, jelikož některé z nich mohou s analgetiky vzájemně interferovat. Zároveň se zajímáme i o momentálně užívaná analgetika i o předchozí zkušenosti s jejich užíváním. Zároveň se můžeme zajímat o jiné možnosti léčby bolesti, se kterými má nemocný zkušenosti. Nezbytností je i zjištění lékových alergií.

Sociální anamnéza – Pacientovo vnímání a hlášení bolesti může být ovlivněno mnoha sociálními faktory a naopak. Zároveň nám informace z této oblasti mohou pomoci při výběru vhodných intervencí (Kolektiv autorů, 2006; Kapounová, 2007; Opavský, 2011; Zemanová a Zoubková, 2012; Pokorná a kol., 2013; Málek, Ševčík, 2014).

Příloha č. 2 Mnemotechnické pomůcky při odběru anamnézy

Anamnéza při bolesti se řídí několika mnemotechnickými pomůckami, např. SOKRATES či OP4QRSTI-ASPN (zkráceně OPQRST). Výběr záleží na preferencích zdravotníka.

SOCRATES

S: signs – příznaky a místo maximálních potíží
O: onset – Začátek bolesti (náhlý nebo pomalý) a činnost při jejím vzniku (v klidu, při námaze apod.)
C: character – charakteristika bolesti (ostrá, tupá, bodavá, pálivá, svíravá apod.)
R: radiation – šíření bolesti do okolí
A: associations – přidružené příznaky (např. zvracení, závratě, průjem, škytavka a jiné)
T: timing – a) průběh v čase (např. trvalá, přerušovaná, postupně zesiluje) b) trvání bolesti (jak dlouho trvá)
E: exacerbations – faktory a okolnosti, které bolest zesilují či zmírňují, včetně účinku analgetik
S: severity – závažnost, síla bolesti na stupnici 0-10 (VAS)

OP4QRSTI-ASPN

O: onset – začátek bolesti
P: 1. provocation – faktory a okolnosti, které bolest vyvolávají 2: palliation – faktory a okolnosti, které bolest zmírňují, včetně dosavadní léčby 3: precipitating – faktory a okolnosti, které zmírňování či zhoršování bolesti urychlují nebo zpomalují 4: progression – průběh bolesti v čase (kolísání, zhoršování, ústup)
Q: quality – charakter bolesti (ostrá, tupá, bodavá, svíravá apod.)
R: radiation – vyzařování přítomné/ nepřítomné, kterým směrem a do které části těla
S: severity – závažnost bolesti, síla na stupnici 0-10
T: time – časový průběh bolesti (trvalá, kolísavá, přerušovaná, stupňovaná apod.)
I: interventions – léčebné zásahy (i laické – teplo, chlad aj.) a jejich efekt
AS: associated sings – přidružené příznaky (zvracení, závratě, průjem, škytavka aj.)
PN: pertinent negatives – významné negativní a nepřítomné příznaky nebo nálezy

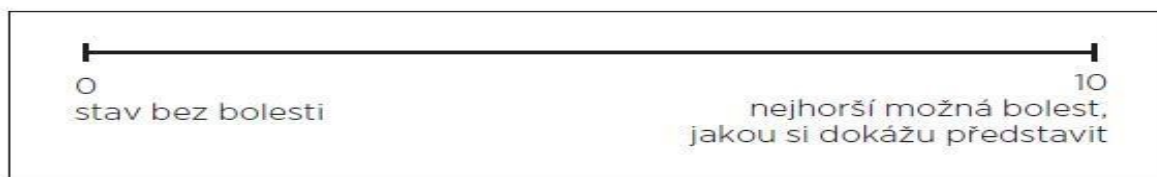
Zdroj: Dobiáš, 2013, str. 29-30

Příloha č. 3 Hodnotící škály používané při hodnocení bolesti

Unimodální techniky

1) Vizuální analogová škála – VAS

Jde o nejrozšířenější metodu neverbálního hodnocení intenzity bolesti. Pacienti hodnotí intenzitu bolesti na horizontální úsečce, kdy začátek značí žádnou bolest a konec nesnesitelnou bolest (Opavský, 2011). Těchto škál existuje celá řada v různých modifikacích, které se liší průběhem úsečky či barevně (Rokyta a kol., 2006).



Zdroj: Fricová, 2011, s. 5

2) Numerická hodnotící škála – NRS

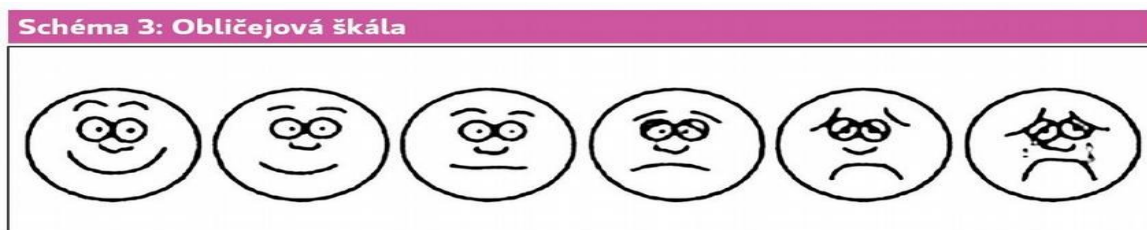
Jde o obdobu VAS, kdy pacient ukazuje přímo konkrétní číselnou hodnotu. Číslice 0 vystihuje žádnou bolest a 10 maximální bolest. Zejména u starších osob je tato metoda s výhodou užívána, jelikož ji lépe chápou (Málek, Ševčík, 2014).



Zdroj: www.prolekare.cz

3) Obličejová škála bolesti

Tato stupnice je využívána hlavně u menších dětí, které zatím nedovedou přesně slovy nebo číselně vyjádřit intenzitu své bolesti. Je jím předložena řada obličejů, jejichž výrazy jsou seřazeny od stavu pohody až po největší utrpení (Málek, Ševčík, 2014). Dále je tato technika využívána u osob se sníženou kognitivní schopností, zmatených pacientů nebo cizinců (Pokorná a kol., 2013).



Zdroj: www.zdravi.euro.cz

4) Intenzita současné bolesti – slovní vyjádření

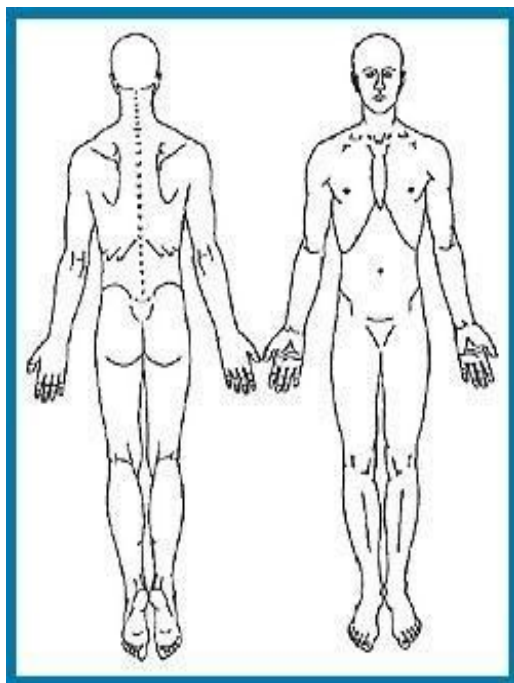
Tato metoda využívá pro hodnocení intenzity slovní vyjádření pacienta. Jde o snadný a rychlý způsob zhodnocení bolesti, kdy 0 znamená žádnou bolest a 5 bolest nesnesitelnou (Málek, Ševčík, 2014).

0.....	žádná bolest
1.....	mírná bolest
2.....	středně silná bolest
3.....	velmi silná bolest
4.....	krutá bolest
5.....	nesnesitelná bolest

Zdroj: www.zdn.cz

5) Mapa bolesti

Tato metoda je využívána u pacientů, kteří nejsou schopni lokalizovat a slovně popsat intenzitu své bolesti. Jsou jim předloženy obrázky lidského těla, kam kresbou zaznamenávají lokalizaci a pomocí různých barev i intenzitu bolesti (Zemanová, Zoubková, 2012).



Zdroj: www.zdn.cz

6) Behavioral Pain Scale

Škálu je možné využít u pacientů, s nimiž nelze navázat slovní kontakt. Hodnotíme zde nonverbální projevy.

	Popis	Skóre
Výraz tváře	relaxovaný	1
	je patrné částečné napětí v obličeji (stažené obočí)	2
	výrazné napětí v obličeji (zavřená oční víčka)	3
	grimasování	4
Horní končetiny	žádná pohybová aktivita	1
	částečná flexe	2
	plná flexe včetně prstů	3
	trvalá retrakce	4
Tolerance ventilace	tolerance polohování	1
	kašel, ale ventilace je převážně tolerována	2
	zápas s ventilátorem	3
	netoleruje UPV	4

Zdroj: Herold, 2013, s. 432

7) Critical Care Pain Observation Tool

Novější a modifikovaná škála pro pacienty v kritickém stavu, kteří nejsou schopni intenzitu bolesti slovně či graficky vyjádřit.

Indikátor	Popis	Skóre
Výraz tváře	není patrné svalové napětí	0 (relaxace)
	krčení čela, sevření obočí, kontrakce mm.levator palp.	1 (tenze)
	výše popsaná mimika a úplné zavření očí	2 (grimasování)
Pohybová aktivita	žádná (neznamená nutně absenci bolesti)	0 (absence pohybů)
	pomalé, opatrné pohyby, dotýká se bolestivých míst, pohyby upoutává pozornost	1 (protektce)
	tahá si tracheální rourku, pokouší se posadit, pohyby končetin, neposlouchá pokyny, atakuje personál, pokouší se slézat z lůžka	2 (neklid)
Svalové napětí	nebrání se pasivním pohybům	0 (relaxovaný)
	brání se pasivním pohybům	1 (tenze, rigidita)
	výrazně se brání pasivním pohybům	2 (výrazná tenze a rigidita)
Compliance s UPV	nedochází k aktivaci alarmů, ventilace bez problémů	0 (tolerance)
	aktivované alarmy se spontánně vypínají	1 (kašel, ale UPV toleruje)
	asynchronie (opakovaná aktivace alarmů)	2 (zápas s ventilátorem)
Celkem		0–8
Alternativně		
Vokalizace (u extubovaných)	mluví klidným tónem	0 (žádné zvuky)
	naříká, vzdychá	1
	křičí, pláče	2

Zdroj: Herold, 2013, s. 433

Multimodální techniky

1) McGillský dotazník bolesti – krátká forma

Jde o standardizovaný, speciální, podrobný a obecně považovaný za nejúčelnější dotazník zabývající se bolestí. Zahrnuje vizuální analogovou škálu, verbální posouzení současně prožívané intenzity bolesti a mapu bolesti. Celosvětově nejrozšířenějším je jeho zkrácená verze (SF-MPQ/ Short- form MPQ), která je v porovnání s dlouhou verzí podstatně jednodušší a časově nenáročná (Opavský, 2011; Málek, Ševčík, 2014).

Tab. 2 McGill dotazník
Deskriptory bolesti^(9, 30)
1. tepavá (bušivá)
2. vystřelující
3. bodavá
4. ostrá
5. křečovitá
6. hlodavá (jako zakousnutí)
7. pálivá – palčivá
8. tupá přetrvávající (bolavé, rozbolavělé)
9. tíživá (těžká)
10. citlivé (bolestivé) na dotyk
11. jako by mělo prasknout (jako by mělo puknout)
Afektivně-emoční složka bolesti
12. unavující – vyčerpávající
13. protivná (odporná)
14. hrozná (strašná)
15. mučivá – krutá
Interference bolesti s denními aktivitami
0 Jsem bez bolesti.
1 Bolesti mám, výrazně mě neobtěžují a neruší, dá se na ně při činnosti zapomenout.
2 Bolesti mám, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňují však v provádění běžných denních a pracovních činností bez chyb.
3 Bolesti mám, nedá se od nich odpoutat pozornost, ruší v provádění i běžných denních činností, které jsou proto vykonávány s obtížemi a s chybami.
4 Bolesti mám, obtěžují tak, že i běžné denní činnosti jsou vykonávány jen s největším úsilím.
5 Bolesti jsou tak silné, že nejsem běžných činností vůbec schopen/na, nutí mě vyhledávat úlevovou polohu, případně nutí až k ošetření u lékaře.

Zdroj: Fricová, 2011, s. 6

2) Dotazník copingu bolesti

Tento dotazník má poskytnout informace o tom, jak se pacient adaptoval na bolest (Pokorná a kol., 2013).

3) Krátký inventář bolesti (BPI / Brief Pain Inventory)

Tento inventář se využívá k hodnocení bolesti v posledních 24 hodinách. Otázky jsou koncipovány k získání informací nejen o bolesti samotné, ale i jejím vlivu na kvalitu života (Kolektiv autorů, 2006; Pokorná a kol., 2013).

Krátký inventář bolesti (Brief Pain Inventory)

Tento inventář bolesti vám pomůže zhodnotit pacientovu bolest v posledních 24 hodinách.


Datum: 2/3/06 Cas: 11:00

Příjmení: Pokorná

Jméno: Althea

1. Většina z nás má občas během svého života nějaké bolesti (např. menší bolesti hlavy, namožené svaly, bolesti zubů). Zažili jste někdy jinou bolest než tyto obvyklé bolesti?
☒ Ano ☐ Ne

2. Na obrázku vybarvíte oblast, která vás bolí. Křížkem označte místo, kde to bolí nejvíce.



3. Prosím, zhodnoťte intenzitu nejhorší bolesti v posledních 24 hodinách.

Zádná bolest	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nejhorší možná bolest

4. Prosím, zhodnoťte intenzitu nejnižší bolesti v posledních 24 hodinách.

Zádná bolest	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nejhorší možná bolest

5. Prosím, zhodnoťte průměrnou intenzitu bolesti.

Zádná bolest	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nejhorší možná bolest

6. Prosím, zhodnoťte intenzitu bolesti, kterou pociťujete právě teď.

Zádná bolest	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nejhorší možná bolest

Krátký inventář bolesti (pokračování)

7. Jaké léčebné metody nebo léky na svou bolest máte/berete?
Čekání obědů, Paracet

8. Jak velkou úlevu vám tyto metody či léky přinesly v posledních 24 hodinách? Prosím zakroužkujte, kolik procentní úleva nastala.

Zádná úleva	0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%	Naprostá úleva

9. Prosím, zakroužkujte číslo, které popisuje, jak v posledních 24 hodinách bolest interferovala s vašimi činnostmi.

Celkovou aktivitou

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Náladou

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Schopností chodit

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Normální pracovní aktivitou (práce doma i mimo domov)

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Vztahy s jinými lidmi

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Spánkem

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Radostí ze života

Neovlivnila	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Zcela narušila

Přejato s povolením Pain Research Group, The University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, 1991.

Zdroj: Kolektiv autorů, 2006, s. 50

Příloha č. 4 Koncept rozhovoru

- 1) Jak Vy osobně definujete pojem bolest?
- 2) Jaké konkrétní sesterské činnosti zahrnujete Vy osobně anebo Vaše kolegyně-sestry pod termín „management bolesti“?
- 3) Jak byste definovala pojem „nefarmakologická intervence/nefarmakologický přístup v léčbě či mírnění bolesti“?
- 4) Uveďte, prosím, 3 nejdůležitější aspekty/charakteristiky, kterými pro sebe charakterizujete dobrou/užitečnou /efektivní „nefarmakologickou intervenci/postup“ v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti) pacientů?
- 5) Uveďte, prosím, jaké konkrétní druhy „nefarmakologických intervencí“, jsou dle vašeho názoru obecně uplatnitelné v managementu bolesti u pacientů na jednotkách intenzivní péče a oddělení ARO, znáte? (uveďte, prosím, alespoň 5 konkrétních technik, postupů):
- 6) Kdo, tzn. představitel které profesní skupiny, na základě vašich znalostí/ zkušeností z klinické praxe nejčastěji realizuje „nefarmakologické intervence/postupy“ v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti pacientů) na Vašem pracovišti?
- 7) Uveďte, prosím, jaké konkrétní/všechny „nefarmakologické intervence“/postupy v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti pacientů) prakticky realizujete na Vašem pracovišti?
 - Uveďte, prosím, jaké konkrétní/všechny „nefarmakologické intervence/postupy“ směřující ke zmírnění negativních pocitů a obav pacientů, které bolest vyvolává, prakticky realizujete na Vašem pracovišti?
- 8) Jaké nefarmakologické intervence jsou na základě vašich znalostí/zkušeností z klinické praxe sestrou nejlépe realizovatelné v rámci JIP/ ARO z hlediska časové náročnosti, času potřebného k jejich realizaci?
- 9) Jaké konkrétní kompetence, jsou od sestry při praktické aplikaci „nefarmakologických intervencí“/postupů v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti) pacientů hospitalizovaných na ARO/JIP vyžadovány?
- 10) Existují v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti) pacientů hospitalizovaných na ARO/JIP konkrétní „nefarmakologické intervence/postupy“, které vy osobně nerada provádíte?
- 11) Existují v rámci managementu bolesti (tzn. v léčbě či mírnění bolesti) pacientů hospitalizovaných na ARO/JIP konkrétní „nefarmakologické intervence/postupy“, které vy osobně nejste kompetentní provádět v praxi?
- 12) Jaké konkrétní „nefarmakologické intervence/postupy“ jsou, dle vašeho subjektivního názoru/ na základě vašich znalostí/ zkušeností z klinické praxe, nejefektivnější (z hlediska ovlivnění intenzity, tolerance bolesti, časového průběhu a ovlivnění přidružených příznaků) při tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaných na Vašem oddělení ARO/JIP? (uveďte, prosím, alespoň 3 -5 konkrétních):
- 13) Které konkrétní „nefarmakologické intervence/postupy“ dle vašeho subjektivního názoru/ na základě vašich znalostí/ zkušeností z klinické praxe, naopak pacientům hospitalizovaným na Vašem oddělení ARO/JIP při tlumení bolesti úlevu nepřinášejí, jsou nejméně efektivní? (uveďte, prosím, alespoň tři konkrétní):

- 14) Jaké konkrétní „nefarmakologické intervence/postupy“ jsou, dle vašeho subjektivního názoru/ na základě vašich znalostí/ zkušeností z klinické praxe, nejčastěji při tlumení bolesti pacienty hospitalizovanými na Vašem oddělení ARO/JIP vyžadovány? (uvedte, prosím, alespoň tři konkrétní)
- 15) Jaké vlivy/faktory/aspekty Vás osobně limitují (brání Vám) v intenzivnějším využívání nefarmakologických intervencí/postupů při tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaných na Vašem oddělení ARO/JIP?
- 16) Jaké vlivy/faktory/aspekty Vás osobně podporují v intenzivnějším využívání nefarmakologických intervencí/postupů při tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaných na Vašem oddělení ARO/JIP?
- 17) V jakých konkrétních dokumentech Vaší organizace/nemocnice/kliniky je o využívání nefarmakologických intervencí/postupů při tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaných na oddělení ARO/JIP oficiální zmínka?
- 18) Jakým způsobem vy osobně zaznamenáváte užití/praktickou aplikaci nefarmakologické intervence/postup při tlumení bolesti u pacientů hospitalizovaného na Vašem oddělení ARO/JIP ?
- 19) Jaká rizika, související s realizací „nefarmakologické intervence/postupu“ při tlumení bolesti pro pacienty hospitalizované na Vašem oddělení ARO/JIP vnímáte?
- 20) Jaké etické aspekty (vy sama anebo kolegové) uplatňujete v rámci poskytování „nefarmakologické intervence/postupu“ při tlumení bolesti pacientů hospitalizovaných na Vašem oddělení ARO/JIP?
- 21) Máte pocit, že se přístup k léčbě bolesti, resp. k využívání „nefarmakologických intervencí/postupů“ během let Vaší praxe na odd. ARO/JIP změnil? Pokud ano, v čem? Popř. V čem se změnil přístup k léčbě bolesti, resp. k využívání „nefarmakologických intervencí/postupů“ během posledních 5-10 let Vaší praxe na odd. ARO/JIP?
- 22) Z jakých zdrojů získáváte nejčastěji poznatky o problematice využití „nefarmakologických intervencí“/postupů při tlumení bolesti pro pacienty hospitalizované na oddělení ARO/JIP?
- 23) Jaké konkrétní informace/dovednosti postrádáte a chtěla byste pro sebe získat (se naučit) k tématu/problematicke využití základních nefarmakologických intervencí v léčbě bolesti, používaných sestrami u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče?
- 24) Existuje ještě něco konkrétního, o čem byste se ještě, v rámci tohoto tématu, rád/a zmínila a co dosud nezaznělo?**

Příloha č. 5 Seznam nefarmakologických intervencí

Typ N.I.	Užívání +/-	Nejčastěji užívané	Efektivita +/-
Psychologické metody ovládání bolesti			
Muzikoterapie			
Rozptýlení (TV, rádio, kniha, časopis...)			
Imaginativní techniky			
Hluboké dýchání			
Aromaterapie			
Dostatek informací (o nemoci, převazech, léčebných postupech...)			
Metody fyzické			
Jednoduché masáže (koncept bazální stimulace, vtírání chladivých, hřejivých emulzí...)			
Polohování, mobilizace, pohybová aktivita			
Teplé obklady/ Studené obklady			
Aspekty vztahu pacient- sestra (Emocionální podpora/podpurný rozhovor)			
Aktivní naslouchání			
Psychická podpora (povzbuzování, uklidnění, použití autosugestivních formulací ...)			
Dopomoc při rozhodování			
Orientace v realitě			
Kontakt s pacientem (udělat si na něho chvíli, podržet za ruku, posedět u něho aj.)			
Přítomnost rodiny (popř. zapojení rodiny do péče)			
Dopomoc při denních aktivitách - hygiena, vyprazdňování, výživa aj.			
Vytvoření příjemného prostředí			
Zajištění kvalitního spánku (důmyslné rozplánování intervencí, vyšetření aj.)			
Minimalizace rušivých elementů (úprava osvětlení, hlasitost alarmů, aj.)			
Zvelebení okolí (rozmístění fotek, obrázků od rodiny...)			

Rozvržení kategorií a rozdělení jednotlivých intervencí je inspirované Pölkki a kol. (2001)⁹.

⁹ PÖLKKI, Tarja, Katri VEHVILÄINEN-JULKUNEN a Anna-Maija PIETILÄ. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2001, 34(4), 483-492 [cit. 2016-10-13]. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01777.x. ISSN 03092402. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Katri_Vehvilainen-Julkunen/publication/249436299_Nonpharmacological_methods_in_relieving_children's_postoperative_pain_A_survey_on_hospital_nurses_in_Finland/links/54325c280cf20c6211bc3534.pdf

Příloha č. 6 Informovaný souhlas

Věc: Informovaný souhlas účastníka výzkumu realizovaného na téma: *„Nefarmakologické intervence používané sestrami k léčbě a ovlivňování bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče“ se zařazením do kvalitativního šetření.*

Já,.....(příjmení, jméno, titul), narozena dne, souhlasím s využitím a zpracováním mnou poskytnutých informací v rámci rozhovoru uskutečněného za účelem sběru dat pro kvalitativní výzkum zabývající se problematikou využívání nefarmakologických intervencí v rámci tlumení bolesti pacientů, hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče/ARO, sestrami. Požaduji, aby mnou poskytnuté informace byly zpracovány autorkou výzkumu, paní Bc. Martinou Hájkovou, zcela anonymně a byly použity pouze pro vypracování a prezentaci výsledků diplomové práce *„Nefarmakologické intervence používané sestrami k léčbě a ovlivňování bolesti pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče“*.

V.....dne..... podpis.....

[illegible]